BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXXII — 1906

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS — E. MARETHEUX, IMPRIMEUR
1, rue Cassette, 1

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS CHAQUE SEMAINE

(EXCEPTÉ PENDANT LES VACANCES DE LA SOCIÉTÉ)

par les soins des Secrétaires de la Société

M. NÉLATON

Secrétaire général

ET

MM. MICHAUX ET CHAPUT

Secrétaires annuels



TOME XXXII — 1906

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1906

STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859



TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société.

Article premier

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de Chirurgie de Paris.*

Art. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

Art. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. Aug. Bérard, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

MM. G. MONOD, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

ALPH. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

MICHON, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

GUERSANT (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

DANYAU, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

LENOIR, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

MALGAIGNE, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. HUGUIER, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

PH. RIGAUD, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

NÉLATON, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

DENONVILLIERS, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

MAISONNEUVE, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

CHASSAIGNAC, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

CULLERIER, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

MARJOLIN (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

ART. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

ART. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers à 20; celui des correspondants nationaux à 125, et celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

ART. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires, seuls, peuvent faire partie du bureau.

ART. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie*; 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

ART. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande et obtiendront le consentement de la Société; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

ART. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

ART. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 11.

Le bureau est ainsi composé :
Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels
Un bibliothécaire-archiviste.
Un trésorier.

ART. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ART. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ART. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense, de concert avec le secrétaire général.

ART. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

ART. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

ART. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux; ce droit est fixé à 20 francs;
3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires; le montant en est fixé chaque année par la Société;
4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux;
5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement;
6° Du produit des publications;
7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir;
8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des Séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du premier août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.
L'ordre du jour de la séance se compose :
1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société;
2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires, délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année;
3° De l'éloge des membres décédés;
4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le ministre de l'instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

ART. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

ART. 24.

Un règlement particulier, soumis à l'approbation du ministre de l'instruction publique, détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

ART. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

ART. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et la destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

ARTICLE PREMIER.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10; enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

ART. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le

compte rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

ART. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ART. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives; les livres, gravures, instruments, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

ART. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il signe, de concert avec le président et le secrétaire général, les bordereaux de dépense; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

ART. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siège de la Société rue de Seine, n° 12.

ART. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal;

2° Correspondance;

3° Lecture des rapports;

4° Lecture des travaux originaux;

5° Présentations de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre de travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau ; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

ART. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

ART. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport soit verbal, soit écrit, selon son importance, et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Si l'auteur publie son mémoire avant la lecture du rapport, ce rapport ne pourra avoir lieu devant la Société.

ART. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

ART. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

ART. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur ; tout rapport écrit, dans un délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

ART. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président ; pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

ART. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

ART. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande, durant le cours de la discussion, pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

ART. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

ART. 24

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

ART. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

ART. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

ART. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

Art. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix ; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières

Art. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées.

Art. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

Art. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication ; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

Art. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III

Comité secret.

Art. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

Art. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettre dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

Art. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

Art. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter, quel que soit leur nombre; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 66, 73 et 74 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et dépenses.

Art. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

Art. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

Art. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année. Néanmoins tout membre correspondant national

qui en fera la demande pourra être exempté de sa cotisation annuelle, moyennant une somme de 500 francs, qui sera versée par lui, en deux annuités de 250 francs chacune ou en une seule fois, entre les mains du trésorier de la Société, pour être jointe aux fonds disponibles de la Société et être placée en rentes sur l'État.

ART. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard et porte en compte les frais de ces recouvrements.

ART. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

ART. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

ART. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

ART. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne

au trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

Art. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire-archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

Art. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

Art. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863 jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

Art. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans les délibérations.

Art. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

ART. 52.

Le comité de publication se compose du secrétaire général et des deux secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit à l'article 3.

ART. 53.

Les travaux imprimés de droit sont les mémoires et rapports dus aux membres titulaires, honoraires et correspondants de la Société. Par exception, et sur délibération expresse ratifiée par un vote rendu en séance publique, l'Assemblée pourra faire retrancher d'un mémoire ou rapport dû à un membre titulaire, honoraire ou correspondant certaines parties qui sembleraient n'avoir pas un caractère exclusivement scientifique.

L'Assemblée peut, sur la proposition du rapporteur, décider l'impression intégrale d'un mémoire adressé par une personne étrangère à la Société.

ART. 54.

Les manuscrits doivent être remis séance tenante au secrétaire annuel en fonctions. Celui-ci devra remettre, le lendemain de la séance, avant 10 heures du matin, à l'éditeur de la Société, les mémoires, rapports et procès-verbaux de discussion, classés et prêts pour l'impression, ainsi qu'il est dit aux articles 3 et 12.

ART. 55.

Ces *Bulletins et mémoires* sont publiés par fascicules hebdomadaires, paraissant avant la séance suivante. Le dernier fascicule contient la table analytique des matières et auteurs, dressée par les soins du secrétaire annuel en fonctions.

ART. 56.

Les auteurs des travaux publiés pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

ART. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire-archiviste et

des membres du Comité de publication ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Élections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une Commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la Commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée sur le classement proposé, le rapport est renvoyé à la Commission pour supplément d'information. Si le désaccord persiste à la séance suivante, il est voté sur chaque candidat, si 10 membres en font la demande écrite, et l'Assemblée établit définitivement la liste de présentation. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après

l'examen des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

ART. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

ART. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une Commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette Commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

ART. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, il sera procédé comme il est dit à l'article 60. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Radiations.

ART. 66.

En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une Commission spéciale, réunie par le bureau, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, associé ou correspondant.

Cette Commission sera composée, outre les membres du bureau, de cinq membres titulaires et honoraires élus au scrutin de liste, en comité secret, par les membres titulaires et honoraires convoqués spécialement à cet effet.

Quinze jours après le dépôt du rapport de la Commission, la Société, prévenue par convocation spéciale, vote au scrutin secret sur la proposition de la Commission.

L'intéressé a le droit de présenter ses explications, soit verbalement, soit par écrit, tant à la Commission que devant la Société.

La présence de la moitié plus un des membres titulaires de la Société est nécessaire pour la validité de la délibération. La radia-

tion ne peut être prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

En cas d'insuffisance du nombre des votants, le scrutin sera recommencé à la séance suivante, après une nouvelle convocation, sans que cette fois il soit nécessaire de réunir un nombre de votants déterminé.

Dans ce cas encore, la radiation ne sera prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

TITRE IX.

Concours et prix.

ART. 67.

La Société décerne tous les ans les prix résultant des dons particuliers qui lui ont été faits. Elle se conforme aux intentions des donateurs.

ART. 68.

Les membres titulaires et honoraires sont exclus de ces concours.

ART. 69.

Lorsque l'anonymat est exigé, les mémoires doivent porter une épigraphe apparente; le nom et l'adresse de l'auteur sont dans une enveloppe soigneusement cachetée, sur laquelle est répétée l'épigraphe.

ART. 70.

Les mémoires sont renvoyés, pour chaque prix proposé, à une Commission de trois membres, élus en séance publique et au scrutin de liste.

ART. 71.

Cette Commission fait son rapport en comité secret et soumet son jugement à la ratification de la Société. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, une nouvelle Commission sera nommée.

TITRE X.

Seances annuelles.

ART. 72.

La séance annuelle a lieu le troisième mercredi de janvier. Le Bureau de l'année révolue est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE XI.

Revision du règlement.

ART. 73.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette Commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si, la moitié au moins des membres titulaires étant présents, elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

ART. 74.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la Commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires ou honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy, le prix Demarquay et le prix Ricord; *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix Duval a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir : les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1896 jusqu'au 1er novembre de l'année 1897 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1897. Par la bienveillance de M. le Dr Marjolin, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard Laborie a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes : « Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy. membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Dubreuil a été fondé, en 1901, par Henri-François-Alphonse Dubreuil, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 15.000 francs. « Les intérêts de cette somme placée sur l'État à 3 °/o, serviront à cette Société pour la fondation d'un prix annuel destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie. »

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1906

Président	MM. PAUL SEGOND.
Vice-Président.	QUÉNU.
Secrétaire général	CH. NÉLATON.
Secrétaires annuels.	MICHAUX et CHAPUT.
Trésorier	ARROU.
Archiviste.	A. BROCA.

MEMBRES HONORAIRES

10 février 1897 . .	MM. ANGER (Théophile), titulaire de.	1876
3 mai 1899 . . .	BERGER, titulaire de.	1878
26 juillet 1893 . .	CHAUVEL, titulaire de	1882
19 octobre 1887. .	CRUVEILHIER, titulaire de.	1868
14 décembre 1898.	DELENS, titulaire de.	1877
5 mai 1886. . . .	DUPLAY, titulaire de.	1868
28 mars 1886. . .	GUÉNIOT, titulaire de.	1868
22 novembre 1882.	GUYON (Félix), titulaire de.	1863
17 février 1904 . .	KIRMISSON, titulaire de.	1885
3 mars 1886. . .	L. LABBÉ, titulaire de	1865
23 janvier 1889. .	LANNELONGUE, titulaire de	1872
19 mai 1897 . . .	LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.	1875
17 février 1892 . .	LE DENTU, titulaire de.	1873
4 mai 1898. . . .	MONOD, titulaire de	1880
9 juillet 1879. . .	PAULET, titulaire de	1868
13 mars 1895. . .	PERIER, titulaire de	1875
14 avril 1905 . . .	PEYROT, titulaire de.	1882
7 février 1900 . .	POZZI (S.), titulaire de.	1881
19 février 1902 . .	RECLUS (Paul), titulaire de.	1883
26 février 1901 . .	RICHELOT, titulaire de.	1882
27 octobre 1886. .	MARC SÉE, titulaire de.	1868
28 novembre 1894.	TERRIER, titulaire de.	1874

MEMBRES TITULAIRES

26 juillet 1899 . .	MM.	ALBARRAN.
23 mars 1904. . .		ARROU.
12 juin 1890. . . .		BAZY.
20 décembre 1899.		BEURNIER.
18 décembre 1895.		BROCA (Aug.).
13 décembre 1893.		CHAPUT.
21 juin 1898 . . .		DELBET.
9 mars 1892. . .		DELORME.
9 mai 1900 . . .		DEMOULIN.
22 avril 1903 . . .		FAURE.
26 avril 1891 . . .		FÉLIZET.
16 février 1898. .		GUINARD.
10 mars 1897. . .		HARTMANN.
10 juin 1896 . . .		HENNEQUIN.
12 décembre 1888.		JALAGUIER.
21 mai 1901 . . .		LEGUEU.
22 juillet 1896. . .		LEJARS.
6 décembre 1905.		MAUCLAIRE.
10 mai 1893. . . .		MICHAUX.
29 juillet 1887. . .		NÉLATON.
14 décembre 1892.		PICQUÉ.
27 mars 1895. . .		POIRIER.
16 juin 1897 . . .		POTHERAT.
10 mai 1887 . . .		QUÉNU.
4 janvier 1888. .		REYNIER (P.).
18 juillet 1894. . .		RICARD.
27 juillet 1904 . .		RIEFFEL.
15 février 1899 . .		ROCHARD.
11 juillet 1888. . .		ROUTIER.
1er décembre 1886.		SCHWARTZ.
7 mai 1902 . . .		SEBILEAU.
9 février 1887 . .		PAUL SEGOND.
22 juin 1892. . . .		TUFFIER.
12 avril 1905 . . .		VILLEMIN.
22 avril 1896 . . .		WALTHER.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX

MM. Auffret, marine.
Baizeau, armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux
Barette, à Caen.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Braquehaye, à Bordeaux.
Brault, à Alger.
Brousse, armée.
Broussin, à Versailles.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Buffet, à Elbeuf.
Cahier, armée.
Carlier, à Lille.
Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Rouen.
Cerné, professeur de clinique à l'École de Rouen.
Charvot, armée.
Chavannaz, agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Chavasse, armée.
Chevassu, armée.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.
Choux, armée.
Chupin, armée.
Claudot, armée.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Cottin, professeur à l'École de médecine de Dijon.
Couteaud, médecin de la marine.
Dardignac, armée.
Dauvé, armée.
Dayot, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.
Defontaine, au Creusot.

MM. Delacour, à Rennes.
Delagénière (Henri), au Mans.
Delagenière (Paul), professeur à l'École de médecine de Tours.
Delanglade, professeur à l'École de Médecine de Marseille, chirurgien des Hôpitaux.
Delore, ex-chirurgien-major de la Charité, à Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, armée.
Denucé, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Dieu, armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubourg, à Bordeaux.
Dudon, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Estor, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
Étienne, à Toulouse.
Ferraton, armée.
Février, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Fontoynont, professeur à l'École indigène de Tananarive.
Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, armée.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Gervais de Rouville, à Montpellier.
Girard, marine, à Bordeaux.
Gripat, professeur à l'École d'Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, professeur à la Faculté libre de Lille.
Guillet, professeur à l'École de Caen.
Hache, professeur à la Faculté de Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (François), professeur suppléant à l'École de Rouen.
Hue (Jude), à Rouen.
Imbert, agrégé à la Faculté de Montpellier.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Latouche, à Autun.
Le Clerc, à Saint-Lô.
Lemaître, à Limoges.
Linon, armée.
Loison, armée.
Malapert, à Poitiers.

MM. Malherbe fils, professeur à l'École de Nantes.
Martin (A.), professeur à l'École de médecine de Rouen.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck.
Mignon, armée.
Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monprofit, professeur suppléant à l'École d'Angers.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Moty, médecin principal de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Nimier, armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Pauchet, à Amiens.
Pauzat, armée.
Peugniez, professeur à l'École d'Amiens.
Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille.
Poisson, professeur à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à la Faculté de Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Reboul, à Nîmes.
Robert, armée.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux (Gabriel), professeur suppléant à l'École de Marseille.
Sieur, armée.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Schmidt, armée.
Tachard, armée.
Tédenat, professeur à la Faculté de Montpellier.
Témoin, à Bourges.
Toubert, armée.
Toussaint, armée.
Vanverts, à Lille.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Villar, à Bordeaux.
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux, à Marseille.
Vincent, professeur à l'École d'Alger.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

2 février 1898. .	MM.	Annandale, Edimbourg.
4 janvier 1888. .		Bryant (Th.), Londres.
11 janvier 1893. .		Cheever, Boston.
29 janvier 1902.		Czerny, Heidelberg.
17 janvier 1900. .		Esmarch, Kiel.
4 janvier 1888. .		Holmes (Th.), Londres.
17 janvier 1906. .		Horsley, Londres.
2 février 1898. .		Julliard, Genève.
16 janvier 1901. .		Keen, Philadelphie.
17 janvier 1906. .		Kelly (Howard-A.), Baltimore.
janvier 1880. .		Lister, Londres.
16 janvier 1901. .		Mac Burney, New-York.
17 janvier 1900. .		Mac Ewen, Glascow.
27 janvier 1904. .		Reverdin (Auguste), Genève.
20 janvier 1886. .		Reverdin (Jacques), Genève.
20 janvier 1886. .		Tilanus, Amsterdam.
17 janvier 1906. .		Ziembicki (Lemberg), Galicie.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

17 janvier 1906. .	MM.	Ballance Londres.
22 janvier 1896. .		Bayer, Prague.
7 janvier 1903. .		Berg, Stockholm.
3 janvier 1892. .		Bloch (O.), Copenhague.
16 janvier 1901. .		Bradford, Baltimore.
2 février 1898 . .		Bruns, Tübingen.
29 janvier 1902. .		Bull (William G.), New-York.
17 janvier 1906. .		Buscarlet, Genève.
11 janvier 1905. .		Butlin, Londres.
4 janvier 1888. .		Ceccherelli (A.), Parme.
4 janvier 1889 . .		Chiene, Édimbourg.
10 janvier 1894. .		Demosthen (A.), Bucharest.
17 janvier 1906. .		Depage, Bruxelles.
27 janvier 1904. .		Djemil-Pacha, Constantinople.
16 janvier 1895 . .		Durante (Fr.), Rome.
29 janvier 1902. .		Von Eiselsberg, Vienne.
9 janvier 1879. .		Galli, Lucques.
13 janvier 1864. .		Gherini, Milan.
2 février 1898 . .		Girard, Berne.
9 janvier 1879 . .		Gritti, Milan.
7 janvier 1903. .		Heresco, Bucharest.
31 décembre 1862.		Hutchinson (J.), Londres.
21 janvier 1891 . .		Jamieson (Alex.), Shangha
17 janvier 1900 . .		Jonesco, Bucharest.
27 janvier 1904 . .		Kalliontzis, Athènes.
13 janvier 1892. .		Kocher, Berne.
13 janvier 1892 . .		Kouzmine, Moscou.
21 janvier 1891. .		Kummer, Genève.
20 janvier 1897. .		Lardy, Constantinople.
7 janvier 1903. .		Lennander, Upsal.
2 février 1898 . .		Levchine, Russie.
16 janvier 1884 . .		Lucas (Clément), Londres.
11 janvier 1893. .		Martin (Édouard), Genève

17 janvier 1900. .	MM.	Matlakowsky, Varsovie.
17 janvier 1900. .		Mayo-Robson, Leeds.
21 janvier 1891. .		De Mooy, La Haye.
3 janvier 1883. .		Mosetig-Moorhof, Vienne.
22 janvier 1896. .		Murphy, Chicago.
20 janvier 1897. .		Novaro, Bologne.
8 janvier 1868. .		Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890. .		Pereira-Guimaraès, Rio-Janeiro.
21 janvier 1885. .		Plum, Copenhague.
21 janvier 1891. .		Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880. .		Rose (Edm.), Berlin.
25 janvier 1890. .		Roux, Lausanne.
17 janvier 1900. .		Rydygier, Lemberg.
7 janvier 1880. .		Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862.		Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885. .		Saltzmann, Helsingfors.
27 janvier 1904. .		Senn, Chicago.
20 mars 1867. . .		Simon (John), Londres.
16 janvier 1901. .		Sneguireff, Moscou.
16 janvier 1895. .		Sonnenburg, Berlin.
17 janvier 1900. .		Souchon, Nouvelle-Orléans.
21 janvier 1885. .		Stimson (Lewis A.), New-York.
31 décembre 1862.		Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.		Testa, Naples.
20 janvier 1886. .		Thiriar, Bruxelles.
10 janvier 1894. .		Thornton, Londres.
17 janvier 1906. .		Trendelenburg, Leipzig.
11 janvier 1893. .		Vlaccos, Mytilène.
11 janvier 1893. .		Wier, New-York.
17 janvier 1906. .		Willems, Gand.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

1844. MM. A. Bérard.
1845. Michon.
1846. Monod père.
1847. Lenoir.
1848. Robert.
1849. Cullerier.
1850. Deguise père.
1851. Danyau.
1852. Larrey.
1853. Guersant.
1854. Denonvilliers.
1855. Huguier.
1856. Gosselin.
1857. Chassaignac.
1858. Bouvier.
1859. Deguise fils.
1860. Marjolin.
1861. Laborie.
1862. Morel-Lavallée.
1863. Depaul.
1864. Richet.
1865. Broca.
1866. Giraldès.
1867. Follin.
1868. Legouest.
1869. Verneuil.
1870. A. Guérin.
1871. Blot.
1872. Dolbeau.
1873. Trélat.
1874. Maurice Perrin.
1875. Le Fort.
1876. MM. Houel.
1877. Panas.
1878. Félix Guyon.
1879. S. Tarnier.
1880. Tillaux.
1881. de Saint-Germain.
1882. Léon Labbé.
1883. Guéniot.
1884. Marc Sée.
1885. S. Duplay.
1886. Horteloup.
1887. Lannelongue.
1888. Polaillon.
1889. Le Dentu.
1890. Nicaise.
1891. Terrier.
1892. Chauvel.
1893. Ch. Perier.
1894. L.-Championnière.
1895. Th. Anger.
1896. Ch. Monod.
1897. Delens.
1898. Berger.
1899 Pozzi.
1900. Richelot.
1901. Paul Reclus.
1902. G. Bouilly.
1903. Kirmisson.
1904. Peyrot.
1905. Schwartz.
1906. Paul Segond.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René Duval et René Marjolin, fondateurs d'un prix annuel de 300 fr.

Édouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme Huguier, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

Ricord, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

Dubrueil (de Montpellier), donateur d'une somme de 15.000 francs.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — Baron Larrey, — Ch. Nélaton, — Le Dentu, — Delens, — Lucien Hahn, — Ch. Périer, — Monteils, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Paris. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives de médecine et de pharmacie militaires. — Archives provinciales de chirurgie. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. — Bulletin de la Société médico-chirurgicale de Paris. — Bulletin médical. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie. — Gazette des hôpitaux. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — La Presse médicale. — Progrès médical. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue d'orthopédie. — Revue de stomatologie. — Revue française de médecine et de chirurgie. — Tribune médicale.

Province. — Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin de la Société de médecine de Rouen. — Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest (Rennes). — Compte rendu annuel et procès-verbaux des séances de la Société de médecine de Nancy. — Le Centre médical et pharmaceutique (Commentry). — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Nantes. — Gazette médicale de Picardie. — Marseille médical. — Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône. — Revue médicale de l'Est. — Union médicale du Nord-Est.

Étranger. — Annals of Surgery (Philadelphie). — Archiv für klinische Chirurgie (Berlin). — British medical Journal (Londres). — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin of the Johns Hopkins Hospital (Baltimore). — Bulletin médical de Québec. — Gazette médicale de Strasbourg. — Medical Record (New-York). — Revista de chirurgie (Bucarest). — Revue médicale de la Suisse romande. — Transactions of the american otological society (New Befdord). — Transactions of the american surgical association (Philadelphie). — Transactions of the pathological society of London.

Le Bibliothécaire de la Société : Dr LUCIEN HAHN.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 10 JANVIER 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Un mémoire de M. TOUBERT, membre correspondant, intitulé : *Note sur l'emploi du chlorure de calcium, comme médicament hémostatique préventif.*

3°. — Un mémoire de M. PHOCAS, membre correspondant, ayant pour titre : *Note sur la décàpsulisation rénale dans la cirrhose hépatique commune.*

A propos de la correspondance.

M. Hartmann dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Prat, intitulé : *Colotomie transverse.* — Travail envoyé à une Commission dont M. Hartmann est nommé rapporteur.

M. Reclus dépose sur le bureau de la Société un travail de MM. Jeanbran et Riche, sur l'*occlusion intestinale par l'hiatus de Wimlow, hernies internes à travers l'hiatus de Wimlow.* — M. Faure, rapporteur.

Lectures.

Note sur l'emploi du chlorure de calcium comme médicament hémostatique préventif,

par M. J. TOUBERT, membre correspondant.

Une toute récente communication (16 décembre 1905) de MM. Vincent et Dopter à la Société de biologie vient d'appeler à nouveau l'attention sur le rôle « bienfaisant » du chlorure de calcium à l'égard du sang. Le moment me paraît propice pour communiquer, de mon côté, à la Société de chirurgie, le résultat de mes observations sur l'emploi de ce médicament en chirurgie, pour réaliser une sorte d'hémostase préventive.

Toutefois, pourrait-on objecter, à l'heure actuelle, où les pinces à forcipressure et les fils à ligature aseptiques et résorbables permettent de réaliser une hémostase immédiate et définitive pour ainsi dire parfaite, il peut sembler superflu, aux yeux de nombre de chirurgiens, de demander à de simples médicaments une action d'hémostase préventive. En vérité, cette tentative peut être parfaitement justifiée.

Et d'abord, il faut préciser le sens des mots. Nul ne songerait aujourd'hui à chercher un médicament susceptible de donner une ischémie quasi absolue, comparable à celle que permet d'obtenir la bande d'Esmarch. Mais nombre d'opérateurs seraient bien aises d'éviter ou de réduire ces hémorragies en nappe, si gênantes toujours pendant les interventions, parce qu'elles masquent le champ opératoire, si ennuyeuses parfois après

les opérations, parce qu'elles font des hématomes diffus ou circonscrits, capables d'entraver la réunion immédiate, même dans les cas heureux où ils restent aseptiques.

Or, n'avons-nous pas tous remarqué que rien n'est aussi variable que l'abondance de l'hémorragie et la rapidité de l'hémostase spontanée suivant les opérés? Et cela, non pas sur des sujets atteints d'affections d'ordre médical ou chirurgical susceptibles d'agir sur l'état du sang, mais sur des sujets opérés en pleine santé (cures radicales de hernies, de varicocèle, autoplasties, sutures osseuses, etc.). La raison de ces variations est évidemment la conséquence des différences notables qui existent dans la coagulabilité spontanée du sang des divers sujets. Ne peut-on espérer trouver un moyen inoffensif, efficace, simple, pratique en un mot, d'exalter au maximum cette puissance de coagulabilité spontanée du sang, au moins pendant l'acte opératoire et pendant les heures qui suivent? L'opération y gagnerait en rapidité et en facilité, puisqu'il faudrait moins de tampons, moins de pinces hémostatiques, moins de ligatures perdues; elle y gagnerait en sécurité, puisqu'on aurait augmenté les chances de réunion par accolement parfait et diminué les risques d'infection résultant de la longueur de l'intervention, de la multiplicité des contacts et de l'ensemencement des hématomes.

Pour atteindre ce but, j'ai, depuis plusieurs mois, employé systématiquement, chez tous mes opérés, le chlorure de calcium, produit plus connu des physiologistes et des médecins ou des spécialistes que des chirurgiens proprement dits. En physiologie, il a servi à des expériences importantes sur le mécanisme de la coagulation du sang, entre les mains d'Arthus et Pagès en particulier (*Archives de physiologie*, 1890). En médecine, il a été prescrit avec succès dans les hémorragies gastriques, intestinales, pulmonaires, et les affections hémorragiques (hémophilie, purpura, etc.). Les spécialistes ont eu recours à lui pour lutter à distance contre des hémorragies venant de l'utérus, de la vessie, des fosses nasales, enfin des gencives ou des alvéoles après des opérations dentaires. En chirurgie générale, Carnot dit bien, dans son intéressante monographie (La médication hémostatique, 1903) qu'il a « utilisé le chlorure de calcium avec succès comme préventif pour restreindre les hémorragies opératoires avant certaines opérations particulièrement sanglantes », mais il ne donne pas d'autres détails sur ces tentatives, qui paraissent être restées à l'état d'exceptions.

En ce qui me concerne j'ai cherché à généraliser l'emploi de ce médicament comme agent d'hémostase chirurgicale préventive. Le mode d'administration est fort simple, ce produit étant très

soluble dans l'eau et fort bien toléré par l'estomac : il faut toutefois ne pas oublier son incompatibilité avec le lait. Les sujets à opérer, dans mon service d'hôpital, reçoivent, souvent l'avant-veille, toujours la veille de l'opération, une solution, édulcorée ou non, contenant 3 grammes de chlorure de calcium, à prendre par quantités fractionnées, en deux ou trois fois dans la journée, la dernière dose précédant de quelques heures seulement l'intervention. Il suffit d'expliquer aux malades le pourquoi de cette médication, pour la leur faire accepter non seulement sans la moindre hésitation, mais encore avec plaisir.

J'ai utilisé le chlorure de calcium pour les opérations suivantes : circoncision, autoplastie pour hypospadias, urétrotomie interne, épididymectomie, cure chirurgicale de hernies, d'hémorroïdes, de varicocèle, d'hydrocèle, appendicectomie à froid, incision de fistule périanales profondes, ablation d'ongles incarnés, greffes de Thiersh, résection de cals difformes, sutures osseuses. Je citerai, en outre, simplement pour mémoire, certaines opérations de spécialistes, telles que strabotomie, curettage du sac lacrymal, extirpation de la glande lacrymale, résection du cornet nasal inférieur, ablation de crêtes du septum nasal, ablation de végétations adénoïdes du pharynx, morcellement des amygdales, avulsions de dents, trépanations mastoïdiennes.

Il serait fastidieux et oiseux de rapporter des observations en détail. Voici simplement les impressions qu'une assez longue série d'essais me permet de formuler à l'heure actuelle et que je soumets à l'appréciation de la Société de chirurgie.

1° Malgré des différences individuelles, qui persistent en dépit de l'emploi du chlorure de calcium, on peut dire que la très grande majorité des opérés a bénéficié de l'usage de cet agent d'hémostase, la coagulabilité du sang étant nettement augmentée chez tous ;

2° Je n'ai jamais dû interrompre l'opération plus de quelques secondes pour faire l'hémostase par tamponnement. Les compresses de gaze, chez certains sujets à sang très coagulable, essuient des caillots plutôt qu'elles n'épongent du sang liquide ;

3° Je n'ai jamais eu à laisser de tamponnement à demeure pour maintenir l'hémostase post-opératoire ;

4° Je n'ai eu à placer que peu et parfois même pas de ligatures perdues au catgut. Ainsi, j'ai parfois laissé un ou deux fils et très exceptionnellement davantage sur la tranche scrotale, après la cure sanglante du varicocèle par résection des veines spermatiques ou après celle de l'hydrocèle par retournement de la tunique vaginale, ou après l'épididymectomie. Je n'ai pas eu à placer plus de deux ligatures perdues pour assurer l'hémostase

dans les cures radicales de hernie avec reconstitution totale des parois du canal inguinal (exception faite, bien entendu, pour les fils étreignant l'épiploon, en cas de résection de ce dernier). Enfin quatre à cinq fils perdus ont suffi au cours de l'appendicectomie;

5° Je n'ai pas encore observé d'hémorragies retardées ou d'hématomes après les interventions qui y exposent le plus (opérations sur la verge, l'urètre, l'anus, le scrotum, le squelette). J'ai vu très exceptionnellement ces diffusions sanguines sous-cutanées, véritables ecchymoses post-opératoires, qui apparaissaient de temps en temps, auparavant, sur certains opérés, avant l'emploi systématique du chlorure de calcium.

Tels sont les résultats, plutôt encourageants, obtenus avec ce produit. Je n'ai pas expérimenté les autres agents d'hémostase préventive, parce qu'ils m'ont paru avantageux à tel ou tel point de vue.

Ainsi, je crois qu'il faut éliminer par principe ceux qui demandent a être mis en contact avec la plaie. Sauf l'eau chaude à 50 degrés (qui tend d'ailleurs à être délaissée depuis que l'on préfère opérer à sec et non plus sous nappe liquide comme autrefois), ces produits sont à exclure. Les uns ont une action incomplète ou plutôt inconstante (antipyrine, eau oxygénée), les autres font succéder à l'ischémie une vaso-dilatation intense (adrénaline). Tous exposent à l'infection, en multipliant les contacts avec la plaie; certains, et spécialement le meilleur de tous, la gélatine, vulgarisée surtout par Carnot, constituent un milieu de culture pour les germes et même parfois apportent des spores microbiennes (tétanos), quand la préparation est défectueuse.

Je crois qu'il faut éliminer aussi la plupart des médicaments hémostatiques qu'on prescrit en ingestion ou en injection. L'ergotine n'a guère d'action rapide et sûre que sur l'utérus. La gélatine administrée par la bouche a une action capricieuse et, introduite sous la peau, elle expose aux mêmes accidents que mise au contact des plaies. Enfin les sels, tels que sulfate de soude ou de magnésie, à petites doses répétées, ont une action analogue, il est vrai, mais bien inférieure à celle du chlorure de calcium, qui semble devoir sa suprématie à la chaux qu'il contient. Quant au chlorure de sodium, en ingestion, il est inefficace et, en injection sous-cutanée, il n'est à utiliser comme hémostatique que s'il y a d'autres indications à l'emploi du sérum artificiel.

En résumé le chlorure de calcium, en raison de son innocuité, de son efficacité, de la simplicité de son emploi, est un bon agent d'hémostase, agent plutôt préventif que curateur. Il est appelé à rendre des services non seulement aux médecins et aux spécialistes, mais encore aux chirurgiens, aussi bien en grande qu'en

petite chirurgie. C'est pourquoi je me suis cru autorisé à appeler sur lui l'attention de la Société de chirurgie.

Note sur la décapsulisation rénale dans la cirrhose hépatique commune,

par M. le Dr PHOCAS

Professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Athènes.

Depuis un an, j'ai pratiqué sur 9 malades, dix décapsulisations rénales suivant la méthode américaine, pour néphrites chroniques. Ces malades provenaient de la clinique médicale de l'Université et m'ont été adressés par mon collègue, M. le professeur Zochios. Quelques-unes de mes observations ont été déjà publiées dans le journal que je fait paraître en grec (*Revue grecque de chirurgie*). Je me réserve de les publier toutes en français avec les résultats éloignés. La mortalité primitive fut minime. Je n'ai perdu qu'un seul malade.

J'ai été frappé dès le début de la bénignité de l'opération et de ses résultats thérapeutiques. En examinant les courbes de la quantité d'urine, d'urée et d'albumine pendant plusieurs jours, on voit que la quantité d'urine commence à augmenter une dizaine de jours après l'opération et la quantité d'urée la suit dans sa progression. La décapsulisation paraît donc avoir un effet diurétique constant. Sur un de mes malades néphritiques qui présentent un énorme ascite, le liquide s'est si bien résorbé au bout de quelques semaines que le malade a pu donner le change sur son état de santé; aussi, malgré tous mes certificats, ce malheureux a-t-il été traduit devant le Conseil de guerre pour des démêlés qu'il avait eu avec la justice militaire de son pays.

Ce fait et d'autres analogues m'on fait penser qu'il y aurait peut-être lieu de tirer parti de cette opération dans la thérapeutique de l'ascite et il ne m'a pas semblé illégitime d'essayer l'effet de la décapsulisation dans la cirrhose hépatique vulgaire.

L'opération m'a paru d'autant plus légitime que sa bénignité ne fait pour moi aucun doute, surtout si je la compare avec les opérations chirurgicales proposées dans la cirrhose, telle l'opération de Talma et ses dérivées.

J'ai mis en exécution mon projet le jeudi 7 décembre de cette année dans l'amphithéâtre de ma clinique devant les élèves et c'est plutôt pour enregistrer le fait que pour en tirer des conclu-

sions, sans doute prématurées, que je me permet d'adresser cette courte note à la Société de chirurgie.

Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, marchand de quatre saisons, qui ne fait pas abus de boissons alcooliques mais qui a eu des fièvres intermittentes pendant six mois. Le début de sa maladie date de quatre mois et demi, quand il s'est aperçu que son ventre augmentait de volume. Presque en même temps, il a vu ses membres inférieurs œdématiés. Après deux mois de cet état il a demandé conseil à un médecin et bientôt après il est entré a la clinique médicale de la Faculté. Là, on a posé le diagnostic de cirrhose hépatique, on a constaté l'ascite (un mètre de circonférence autour de l'ombilic). On a délimité la matité hépatique, qui paraît diminuée. Pas d'hypertrophie de la rate. Légère circulation collatérale. Œdème des membres inférieurs. Urine très diminuée en quantité (535 grammes). Urée, 25 grammes. Pas d'albumine. Léger ictère.

L'opération a été pratiquée du côté droit. La découverte du rein a été plutôt pénible. Le rein n'a pu être luxé complètement. Mais dès qu'il a été découvert j'ai pu facilement inciser la capsule sur le bord convexe et continuer la décortication à la sonde cannelée. L'opération a duré quinze minutes et on a dépensé 6 grammes de chloroforme (appareil de Ricard). Réunion de la plaie, drainage.

Chose très remarquable à constater : la quantité d'urine a augmenté dès le premier jour de 350 grammes avant l'opération; elle a monté à 600 grammes, à 700 grammes (le second jour), à 900 grammes, le quatrième jour et elle oscille entre 800 et 900 grammes (à partir du cinquième jour).

L'urée de 25 grammes est montée à 38 d'abord et reste dans les environs de 35 grammes. Nous sommes aujourd'hui le neuvième jour de l'opération. Il n'y a jamais eu de fièvre. La plaie se cicatrise par première intention. Le ventre est devenu plus souple et déjà il y a une différence de volume; la circonférence de l'abdomen ne mesure pas plus de 90 centimètres (au lieu d'un mètre avant l'opération).

Je me garderai, bien entendu, de tirer des conclusions.

Je me contenterai pour le moment de constater que la décapsulisation rénale peut être essayée sans inconvénient dans la cirrhose du foie. Elle est sans danger. En tout cas, elle n'est pas plus dangereuse que l'opération de Talma. Elle paraît avoir pour *effet immédiat* l'augmentation de la quantité de l'urine et l'augmentation du taux de l'urée.

Ces effets diurétiques immédiats contrastent avec les effets diurétiques beaucoup plus éloignés qu'on observe à la suite de la décapsulisation dans les néphrites; cela tient probablement à

l'état du rein qui est sain dans la cirrhose et qui est malade dans les néphrites.

A propos du procès-verbal.

Sur les voies biliaires.

M. HARTMANN. — Dans l'intéressante communication qu'il a faite au cours de la dernière séance sur « certaines particularités des voies biliaires » mon collègue et ami Delbet a cherché à expliquer le signe Courvoisier-Terrier, rétraction de la vésicule dans les obstructions calculeuses, dilatation de la vésicule dans les obstructions néoplasiques, par des différences dans le siège de l'obstruction. La rétraction de la vésicule serait, suivant lui, liée en général à ce fait que « le calcul siège dans la portion cystique du canal double hépato-cystique, oblitérant le cystique et comprimant le cholédoque ».

C'est là, à mon avis, une erreur. De nombreux examens de vésicules que j'ai enlevées, faits par mon assistant M. Lecène, permettent de suivre les transformations anatomo-pathologiques de la vésicule et de voir la marche des lésions inflammatoires aboutissant à la sclérose de celle-ci. C'est parce que ces inflammations sont rares dans l'oblitération néoplasique, habituelles dans la lithiase, qu'on voit la dilatation de la vésicule dans la première, sa rétraction fréquente dans la deuxième. Peut-être que, dans le cas exceptionnel, relaté par Delbet, de rétraction de la vésicule accompagnant un cancer pancréatique il y avait eu exceptionnellement inflammation de la vésicule. En tout cas, un fait unique ne suffit pas à infirmer une loi générale.

Je suis certain d'avoir personnellement constaté, dans bien des cas, l'existence d'une rétraction scléreuse de la vésicule et même du canal cystique dans des calculs bien exactement situés dans le cholédoque, voyant même l'éperon hépato-cystique à la partie supérieure de l'incision cholédocienne ; le calcul était notablement plus bas et aucune discussion ne peut être soulevée sur ces faits bien nettement observés.

Au contraire, dans tous les cas d'oblitération calculeuse du cystique que j'ai eu l'occasion d'opérer, bien loin de voir, « une rétraction de la vésicule inutilisée », j'ai vu de grandes dilatations de la vésicule par une sorte de mucocèle de ce sac. C'est même dans de pareils cas qu'on a observé ces dilatations énormes remplissant le ventre et faisant croire quelquefois à des kystes

de l'ovaire. En dehors de mes observations personnelles, je pourrais citer des opérations où j'ai aidé mon maître Terrier; notre collègue Broca se rappelle aussi certainement un cas de dilatation vésiculaire, liée à une obstruction du cystique, pour lequel il avait demandé mon assistance. Tous ceux qui ont une certaine pratique de la chirurgie biliaire ont observé de ces faits. L'hydropisie de la vésicule dans l'oblitération du cystique est, du reste, bien connue et se trouve décrite tout au long dans nos classiques.

Je crois donc que nous devons rejeter d'une manière absolue l'hypothèse de notre collègue Delbet et que nous devons admettre que la *rétraction de la vésicule, si souvent observée dans les obstructions calculeuses du cholédoque est liée à un processus inflammatoire chronique évoluant vers la sclérose* et non à la rétraction d'une vésicule inutilisée.

A propos de l'hydronéphrose intermittente avec coudure de l'uretère sur une artère anormale.

M. Bazy. — M. Delbet nous a présenté un rein hydronéphrotique avec coudure de l'uretère sur une artère anormale.

J'estime qu'il a eu raison d'intituler sa communication hydronéphrose *avec* et non *par* coudure de l'uretère, comme cela est dit encore dans tous les livres classiques.

Mais là où je diffère d'opinion avec lui et avec l'opinion classique, c'est quand il ajoute : par déplacement du rein.

Je n'ai pas vu la pièce présentée par M. Delbet, mais l'aspect de cette pièce est toujours le même, si bien que j'ai pu la dessiner à M. Delbet sans l'avoir vue.

Je vais par un schéma au tableau vous montrer que le déplacement du rein ne peut faire couder l'uretère sur l'artère anormale.

Au contraire si vous hydronéphrosez le bassinet, vous le voyez entraîner en bas l'extrémité supérieure de l'uretère et l'uretère se coude sur l'artère. Mais il faut pour cela que l'uretère passe en avant de l'artère.

Si au contraire l'uretère passe en arrière de l'artère, il ne peut pas se produire de coudure sur l'artère.

Mais il peut se produire ce que j'ai vu sur un petit malade de dix ans et qui avait une hydronéphrose intermittente gauche : c'est que l'hydronéphrose s'est bilobée sur l'artère.

Ce qui montre bien que l'hydronéphrose est primitive dans ces cas.

Rapports.

Prolapsus du rectum traité par la méthode de Gérard-Marchant et récidivé après trois ans. Application de la méthode de Thiersch. Guérison, par M. le Dr Lenormant.

Rapport par M. LUCIEN PICQUÉ.

Notre jeune collègue Lenormant vous a présenté, au mois de mars dernier, une malade de mon service atteinte de prolapsus du rectum récidivé trois ans après une opération que je lui avais pratiquée d'après la technique de notre regretté collègue Gérard-Marchant. Il a, sur ma demande, appliqué la méthode de Thiersch et vous avez pu constater le bon résultat obtenu.

Le temps écoulé depuis l'opération est évidemment trop court pour juger le résultat définitif, mais quand on songe d'une part au nombre d'insuccès que donnent dans la cure radicale du prolapsus les procédés plus ou moins compliqués que nous avons à notre disposition, et d'autre part à la simplicité extrême du procédé de Thiersch, j'ai pensé qu'il serait intéressant d'étudier devant vous, à l'aide des documents précieux qu'a mis obligeamment à ma disposition M. Lenormant, la valeur de cette méthode qui a provoqué un véritable engouement chez certains chirurgiens allemands il y a quelques années.

C'est en 1891, au *Congrès des naturalistes et médecins allemands à Halle* que Thiersch a décrit son procédé pour la première fois.

Vous me permettrez de le reproduire intégralement.

Position de la taille, siège élevé. Anesthésie locale à la cocaïne. On introduit au niveau du raphé rétroanal, à 1 centimètre et demi de l'anus, une aiguille courbe armée d'un solide fil d'argent; on lui fait décrire autour de l'anus un trajet de quelque étendue et on la fait ressortir; on la réintroduit ensuite exactement à son point de sortie et on répète cette manœuvre jusqu'à ce que l'aiguille ressorte à son point de pénétration initiale (avec une aiguille suffisamment courbe, comme l'aiguille d'Emmet, on passe l'anneau de fil en deux fois). On saisit les deux chefs du fil d'argent, on les tend et on les noue sur l'index introduit dans l'anus; il ne reste plus qu'à les couper et qu'à enfouir le nœud sous la peau.

On réduit le prolapsus avant de commencer l'opération ou, s'il a trop de tendance à ressortir, immédiatement avant de serrer le fil.

Dans l'esprit de son auteur, cette opération agit de deux façons :

d'une part, mécaniquement, le fil remplaçant le sphincter relâché et maintenant le rectum en place; d'autre part, la présence de ce corps étranger dans les tissus péri-anaux y déterminerait une prolifération du tissu cellulaire qui amènerait une adhérence solide entre le rectum et les parties voisines; Thiersch espérait, une fois ce résultat obtenu, pouvoir enlever la ligature. Les faits l'ont contredit sur ce point : dans tous les cas où le fil s'est rompu ou a été enlevé, le prolapsus s'est reproduit et les chirurgiens qui ont employé ce procédé ont tous laissé le fil à demeure, sauf Platt qui l'a enlevé au bout de trois semaines dans deux cas, dont les résultats éloignés sont inconnus.

La technique de Thiersch a été peu modifiée. Platt, qui paraît ignorer les travaux faits en Allemagne sur ce sujet et qui a publié, en 1896, dans le *John Hopkins Hospital Bulletin*, cette opération comme une nouveauté, emploie un fil de soie; le fil métallique, qui s'infecte moins facilement et est mieux toléré, paraît bien préférable.

Chez la malade qu'il vous a présentée, Lenormant, pour enfouir complètement le nœud du fil d'argent, a fait, sur le côté de l'anus, une incision superficielle de 1 centimètre; c'est dans cette petite plaie qu'il a enfoncé l'aiguille; par-dessus, le fil noué, il a suturé la peau avec un crin.

En dehors des observations de Thiersch, qui n'ont pas été publiées, et de son fait personnel, Lenormant a pu relever trente observations dans lesquelles a été employé ce procédé. Elles appartiennent à Lücke (6 cas publiés dans la thèse de Goldmann, Strasbourg, 1892), von Bramann (6 cas publiés dans la thèse de Hohlfeld, Halle, 1896), Benissovic (1 cas, cité par Bakès dans un article sur le traitement du prolapsus rectal, paru dans le *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, t. LIV, 1900), Platt (2 cas), von Angerer (13 cas publiés dans la thèse de Pfahler, Munich, 1900), et Rotter (2 cas cités dans un article du *Handbuche d. praktisch. Chirurgie*, de Bergmann, Bruns et Mickulicz).

Cette opération a été pratiquée trente-trois fois sur trente malades (cas publiés). Cette première indication montre déjà qu'il y a eu des récidives, puisque trois malades ont été opérés deux fois.

En bloc, les résultats sont les suivants :

Trente-trois opérations, vingt-sept guérisons, deux morts, quatre récidives.

L'opération donnerait en réalité une mortalité de 18,20 p. 100, supérieure par conséquent à celle que Lenormant a trouvée pour la rectopexie, 10 p. 100, et à peu près semblable à celle que donne la résection, 18 p. 100.

Avant de porter à ce point de vue un jugement sur cette mé-

thode, il convient de rappeler qu'il n'y a eu que deux morts dont les causes paraissent un peu indépendantes de l'opération. Tous les deux appartiennent à Augerer : l'un relève d'une embolie pulmonaire survenue brusquement au huitième jour; l'autre a été observé chez un enfant d'un an, en très mauvais état général, qui succomha dans la nuit suivante sans cause connue.

Du premier de ces faits il faut rapprocher une troisième observation de von Augerer, dans laquelle la malade présenta de la fièvre, de l'inflammation péri-anale et une phlébite du membre inférieur gauche, fait qui tend à prouver que là comme ailleurs l'opération de Thiersch n'est inoffensive qu'à condition d'être parfaitement aseptique.

Des quatre récidives, trois ont suivi à bref délai l'ablation ou la rupture spontanée du fil d'argent (deux opérés de Lücke et celui de Benissovic); la quatrième est survenue spontanément, au bout de deux mois chez un adulte opéré par von Bramann; la mise en place d'un nouveau fil plus serré a maintenu le prolapsus réduit. L'histoire d'un des malades récidivés de Lücke est particulièrement intéressante, parce qu'elle montre la possibilité *d'accidents d'occlusion* après l'opération de Thiersch : il s'agit d'un garçon de deux ans et demi, porteur d'un petit prolapsus, probablement muqueux; treize jours après l'opération, sa mère le ramena parce qu'il n'était pas allé à la selle depuis trois jours; un lavement d'huile, des suppositoires restèrent sans effet et on dut enlever à la cuillère les matières dures arrêtées au-dessus du fil; l'enfant fut ramené trois jours après avec les mêmes accidents; il fallut se décider à enlever le fil et la récidive survint rapidement.

C'est là, à mon avis, le plus gros reproche qu'on puisse faire à l'opération de Thiersch et, si les faits de cet ordre se multipliaient, ils devraient la faire rejeter formellement.

Restent les vingt-sept cas suivis de guérison. Ils sont loin d'avoir tous une valeur démonstrative; en les serrant de près, on trouve à faire aux observations allemandes deux objections capitales : un certain nombre d'entre elles concernent des prolapsus qui n'auraient pas dû être opérés, et d'autre part, les malades ne sont pas suivis assez longtemps pour qu'on puisse parler de véritable guérison.

Pour le premier point en effet, on voit que, sur trente opérés, il y a quatorze adultes, trois adolescents d'une quinzaine d'années et treize enfants de moins de cinq ans; or, on sait que, sauf de très rares exceptions, le prolapsus des petits enfants est une affection bénigne qui guérit toujours par une bonne hygiène alimentaire et quelques précautions prises au moment de la défécation; ce sont des prolapsus qu'il ne faut pas opérer. Et même, chez les

adultes, quatre des malades de von Augerer avaient des prolapsus purement muqueux, qui ne sauraient être comparés, au point de vue des difficultés du traitement, au prolapsus total.

D'autre part, le plus grand nombre des observations s'arrêtent au moment où le malade quitte l'hôpital et il le quitte parfois au bout de deux ou trois jours! Neuf observations seulement mentionnent des succès constatés à une échéance plus ou moins éloignée : 1 mois (Lücke, v. Bramann), deux mois (Lücke), 6 mois (Lücke), onze mois (von Bramann), un an (Rotter), deux ans (von Augerer), cinq ans (v. Augerer), et six ans (v. Augerer).

Sur ces neuf succès, quatre concernent des enfants de moins de cinq ans; un autre correspond à un prolapsus purement muqueux chez un enfant de douze ans; les quatre autres, et ce ne sont pas ceux suivis le plus longtemps, me paraissent seuls devoir être retenus comme d'indiscutables succès.

Tel est le bilan actuel de l'opération de Thiersch, il n'est pas merveilleux, si l'on tient compte des réserves que je viens de formuler, au sujet du choix des malades quant à l'âge et à la variété du prolapsus, et du temps qui s'est écoulé depuis l'opération.

M. Lenormant était instruit de ce fait : Si donc il y a eu recours chez ma malade, c'est que après échec d'une tentative de rectopexie et de myorrhaphie des releveurs, il fut convaincu que toute intervention nouvelle était impossible sur le périnée effondré et cicatriciel de cette femme, déjà opérée plusieurs fois.

Avant de se décider à une colopexie qui restait seule indiquée, mais qui constituait une opération sérieuse chez une femme âgée et de médiocre état général, il songea à l'opération de Thiersch et j'acceptais d'autant plus volontiers cette proposition que cette malade soignée dans cet asile devait rester sous une surveillance médicale régulière et qu'à la première menace d'occlusion, rien n'était plus facile que d'enlever le fil d'argent : elle échappait ainsi au principal inconvénient de l'opération. Le résultat immédiat a été bon, et vous avez pu en juger. L'avenir dira s'il se maintient et si le fil est supporté sans accident.

Au moment même ou je rédigeais ce rapport, notre collègue Lenormant m'adressait une observation que je vous demande la permission de vous lire et d'adjoindre à mon rapport.

Prolapsus rectal récidivé. Colopexie et opération de Thiersch. Guérison.

Femme de trente-huit ans, domestique, atteinte depuis l'âge de cinq ans, d'un prolapsus rectal, se produisant à chaque garde-robe, à chaque effort et même pendant la marche. Il s'agit d'un prolapsus total (prolapsus ani et recti), long de 10 centimètres environ et facilement réductible.

La malade a subi successivement les opérations suivantes :

1° En 1899 et 1901, des séances de *cautérisation*, faites à l'hôpital de Bon-Secours et suivies d'une amélioration momentanée, puis bientôt de récidive;

2° Le 25 mai 1902, une *rectococcypexie*, exécutée par M. Gérard-Marchant, suivant son procédé (observ. 123 de la thèse de Lenormant); cette observation parut avoir donné un résultat satisfaisant et, neuf mois plus tard, la malade était en excellent état; mais la récidive survint au bout d'un an;

3° En 1904, une *périnéorraphie*, mais qui ne donna pas de résultats

En fin de compte, cette malade est venue s'adresser à moi, à l'hôpital Boucicaut, au mois d'avril 1905. Elle présentait alors un prolapsus total, long de 10 ou 12 centimètres, sortant au moindre effort, facilement réductible, mais ne se réduisant pas spontanément; l'anus était béant et perméable à quatre doigts; le sphincter ne donnait plus de réaction appréciable et la malade avait de l'incontinence pour les matières liquides. Tout le périnée, d'ailleurs, était manifestement insuffisant et bombait quand la malade faisait un effort; léger degré de rectocèle sans abaissement de l'utérus.

Le 21 avril, je pratiquai chez cette malade, dans la même séance, la *colopexie* et l'*opération de Thiersch*. La paroi abdominale fut incisée, au niveau de la fosse iliaque gauche, comme pour établir un anus iliaque; l'anse pelvienne du côlon, qui était fort longue, fut attirée aussi haut que possible (manœuvre qui réduisait complètement le prolapsus), et son extrémité inférieure fut fixée à la paroi de la fosse iliaque par quatre points de catgut; chacun de ces points prenait, d'une part, la face postérieure de l'intestin, près de son bord mésentérique, et, d'autre part, le péritoine pariétal, le fascia iliaque et les fibres musculaires superficielles du psoas. L'incision abdominale fut suturée par plusieurs étages de catgut et de crins.

Immédiatement après, la malade fut mise en position de la taille et un fil d'argent moyen passé tout autour de l'anus; le fil fut serré autour de deux doigts introduits dans le rectum.

Les *suites opératoires* furent régulières. Il faut signaler seulement une douleur survenant lorsque la malade étendait la cuisse gauche, douleur due vraisemblablement à la fixation de l'intestin au psoas et qui disparut après quelque temps.

Le fil d'argent péri-anal fut d'abord bien supporté et ne déterminait ni gêne, ni réaction inflammatoire. Puis, lorsque la malade reprit l'alimentation ordinaire, la défécation devint plus difficile et les selles ne furent obtenues qu'au prix de purgations et de lavements répétés. Malgré tout, des masses fécales dures s'accumulaient au-dessus du fil d'argent, de telle sorte qu'il fallut, le 28 mai, les enlever avec le doigt et la curette et achever par de grands lavages cette vidange du rectum.

Ce nettoyage eut pour effet de rétablir un fonctionnement à peu près normal de l'intestin; on n'a plus observé, depuis lors, d'accumulation de matières dans l'ampoule et la défécation est régulière, la malade

ayant soin, bien entendu, d'éviter toute constipation et de prendre des lavements de temps à autres.

Le malade a quitté le service le 10 juin. Je l'ai revue au commencement d'octobre, cinq mois et demi après la dernière opération en parfait état et sans trace de récidive, le fil d'argent était toujours en place et ne déterminait aucune gêne.

Voilà encore un cas où le fil d'argent a été bien supputé, mais il n'est naturellement pas possible de juger le résultat définitif.

Si maintenant l'on veut juger avec les documents que nous avons utilisés dans ce rapport la méthode de Thiersch appliquée par Lenormant, et surtout la comparer aux autres méthodes, on peut dire que les éléments d'appréciation sont insuffisants à l'heure actuelle.

Aux formes graves étendues ou récidivées du prolapsus rectal, la colopexie semble jusqu'ici l'opération de choix : et cependant elle n'a pas suffi dans le cas que nous a présenté récemment M. Le Dentu.

La méthode de Thiersch peut-elle la suppléer complètement ? le cas que M. Lenormant nous a présenté est encore trop récent pour porter un jugement définitif.

Peut-elle au contraire agir dans les mêmes formes à titre de complément opératoire, comme dans l'observation dont je vous ai donné lecture ?

Les éléments d'appréciation me font complètement défaut.

C'est surtout dans les formes simples, ordinaires du prolapsus, qu'on peut juger sa valeur comparative.

Mais il faut encore comme je l'ai dit ne pas l'appliquer chez l'enfant où le prolapsus peut guérir seul : il faut en outre, comme pour les autres méthodes, suivre suffisamment les malades ce qui n'a pas toujours été fait. Il faut enfin éliminer le prolapsus muqueux et n'envisager que le prolapsus total.

Alors seulement elle peut être comparée aux deux grandes méthodes d'usage courant.

Je laisserai de côté la question de mortalité sur laquelle je me suis expliqué déjà.

Jusqu'alors la résection a à son actif le plus grand nombre de succès publiés, mais on peut lui reprocher la possibilité d'un étranglement ultérieur (15 cas sur 103 observations).

La rectococcypexie de Gérard-Marchant, complétée par une rectoplicature antérieure et une myorraphie des releveurs de l'anus, suivant la technique décrite par Lenormant et Pierre Duval, est certainement la méthode de choix dans le prolapsus ordinaire. Mais elle expose à la récidive et Gérard-Marchant a échoué lui-

même dans le deuxième cas que je vous ai rapporté. La méthode de Thiersch lui est-elle supérieure à ce point de vue? or, elle ne l'empêche pas non plus, si l'on s'en rapporte à notre statistique (4 récidives sur 33), et ce pourcentage est encore trop faible pour les raisons que j'ai dites.

Il n'en est pas moins vrai que malgré ses défectuosités, la méthode de Thiersch se recommande par sa simplicité, se rapidité et son innocuité, et c'est là un fait qui présente un réel intérêt quand il s'agit de malades âgés, cachectiques et agités comme le sont beaucoup de malades de nos asiles. Messieurs, je vous propose de remercier M. Lenormant de son intéressante présentation.

M. POTHERAT. — Il sera intéressant de suivre les malades opérées par notre jeune collègue Lenormant. Car l'une au moins des deux malades auxquelles M. Picqué fait allusion dans son rapport est une femme à qui j'ai pratiqué plusieurs interventions. Cette malade portait un prolapsus total ancien ; je lui avais pratiqué à plusieurs reprises de profondes cautérisations qui chaque fois amenaient une amélioration d'ailleurs non durable.

C'est alors que notre regretté collègue Gérard-Marchant pratiqua lui-même une recto-coccypexie par son procédé. Le résultat d'abord favorable ne se maintint pas, et je revis la malade au bout de quelques mois avec une récidive complète. J'essayai alors d'une perineo-rectopexie antérieure. Je ne fus pas plus heureux.

J'apprends aujourd'hui que cette femme est l'une des deux malades opérées par M. Lenormant. C'est pourquoi je répète qu'il sera intéressant d'observer le résultat à une assez longue échéance puisque la récidive après une recto-coccypexie est survenue au bout d'un an. Ce cas est bien un cas invétéré, et si l'opération de Thiersch amène ici une guérison définitive, elle se sera montrée supérieure à tous les autres modes de traitement des prolapsus complets du rectum.

M. BAZY. — J'ai lu ici l'observation d'une malade atteinte d'un prolapsus énorme et si considérable que M. Hartmann m'en a demandé la photographie pour le *Traité des maladies du rectum* par MM. Quénu et Hartmann.

Je lui ai fait la rectoccocypexie et la sphinctérorraphie postérieure en 1895. Or, je l'ai revue l'an dernier à Beaujon : elle est restée guérie.

M. PICQUÉ rappelle que chez la malade que Lenormant a opérée dans son service, le résultat de l'opération de recto-coccypexie

s'était maintenu pendant trois ans et qu'à ce moment on était en droit de la considérer comme guérie, lorsque l'accident s'est produit ; il ne peut donc qu'appuyer ce que vient de dire Potherat.

Deux cas de perforation de l'estomac par ulcère rond. Intervention et suture dans les deux cas, une guérison, une mort, par M. Lapeyre, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, professeur suppléant à l'École de médecine de Tours.

Rapport par M. BAZY.

Sous ce titre, M. Lapeyre nous a envoyé deux observations. Dans un cas, il s'agit d'un ulcère perforant de l'estomac siégeant en arrière de la petite courbure. La laparotomie fut faite cinquante-trois heures après la perforation. Il existait déjà de la péritonite caractéristique, de la vascularisation, de la rougeur, des exsudats.

La perforation avait au moins les dimensions d'une pièce de 1 franc. L'opération fut faite dans des conditions excessivement défavorables, au point que le Dr Lapeyre pensait apprendre la mort de l'opéré le lendemain.

Il est mort après sept jours, et c'est à la péritonite que M. Lapeyre attribue la mort.

Je n'insisterai pas sur cette observation. La question de l'ulcère perforant de l'estomac vient d'être traitée longuement à la *Revue de chirurgie* de 1904, dans un mémoire de MM. Gross père et fils de Nancy, et sur un travail de MM. Villard et Pinatelle (de Lyon) ; ce dernier traite de perforation de la petite courbure, dans la catégorie desquelles rentre l'observation de M. Lapeyre.

Entièrement intéressante, parce que beaucoup plus rare, est l'autre observation de M. Lapeyre. Elle a pour titre :

Ulcère de la paroi antérieure de l'estomac. Perforation de la paroi épigastrique et formation d'une large fistule gastro-cutanée. Gastrorraphie et suture de la paroi abdominale. Guérison.

Mme Ch... trente-deux ans, choro-anémique de quinze à seize ans, à commencé à l'âge de dix-sept ans à ressentir les premières atteintes de son mal qu'elle attribue à une chute sur le ventre faite dans un escalier trois mois auparavant; toutefois l'épigastre n'a pas été contusionné.

Le premier symptôme fut une douleur profonde lancinante, propagée dans le dos, non modifiée par l'injection des aliments, l'appétit était conservé.

Dix-huit mois après, apparut à l'épigastre, à gauche de la

ligne médiane, un empâtement que les médecins consultés attribuèrent à une tuberculose costale.

L'empâtement et l'induration augmentent sans que l'état général paraisse atteint, et sans que l'appétit ait diminué, au point que la malade se marie il y a sept ans. Deux ans après, elle a un enfant bien portant et la grossesse paraît avoir déterminé de l'amélioration; c'est après l'accouchement, c'est-à-dire depuis quatre ans environ, qu'apparaissent des crises douloureuses atroces; et que la malade, sans vomir, continue à s'affaiblir.

La tumeur épigastrique devient plus rouge, plus tendue : elle finit par s'ouvrir, et s'ulcère pour donner passage à un liquide corrosif qui ronge les bords de l'oblitération. Les douleurs deviennent intolérables; l'orifice gros comme une tête d'épingle s'agrandit peu à peu.

Les liquides ingérés passent par la fistule, puis parfois les aliments solides.

Aucun médecin n'a été consulté. Cependant depuis huit jours l'orifice s'est brusquement élargi et tous les aliments solides ou liquides ingérés passent par l'orifice cutané.

Un médecin enfin consulté s'empresse de faire appeler le Dr Lapeyre qui voit la malade pour la première fois le 3 janvier 1904 ; il se trouve en présence d'un véritable squelette, tant est grande la maigreur.

Il y a aux sommets des craquements révélant une tuberculose pulmonaire très nette.

La fistule est constituée par un orifice à bords fissurés et taillés à pic plus large qu'un pièce de 2 francs, reposant sur une induration presque cartilagineuse.

« Les bords sont entourés d'une larze zone rongée par l'écoulement du suc gastrique. »

L'orifice est situé à gauche de la ligne médiane presque au ras du rebord costal gauche.

Le suc gastrique sort en abondance et, si l'on fait ingérer des aliments à la malade, on les voit très rapidement sortir.

On peut voir en s'éclairant artificiellement une grande partie de la surface interne de l'estomac.

Le lendemain, au moment de faire l'opération, M. Lapeyre remarque que la bouche cutanée s'est encore agrandie depuis la veille et atteint presque les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent.

L'opération est ainsi réglée :

Incision légèrement oblique circonscrivant l'orifice cutané. Le plan de clivage permettant de détacher l'estomac de la paroi abdominale est facilement trouvé.

On voit alors que la perforation gastrique est beaucoup plus vaste que la perforation cutanée. Elle égale presque la surface de la paume de la main et va pour ainsi dire d'une courbure de l'estomac à l'autre ; l'extrémité inférieure est tout près d'atteindre la grande courbure. L'artère gastro-épiploïque est encore indemne ; mais les troncs artériels qui en partent ont été coupés tout près de leur origine.

Après resection des bords amincis de cette perforation, M. Lapeyre fait au fil de lin deux plans de suture.

La paroi abdominale est largement réséquée, un fragment de côte abrasé, puis réunion en trois plans avec mèche de gaze stérile allant au contact de l'estomac.

La malade, à qui on fait des injections sous-cutanées de sérum et de caféine, se remet facilement.

On peut très rapidement l'alimenter.

La guérison opératoire se fait sans autre incident qu'un peu de désunion de la suture cutanée autour de la mèche.

La malade guérit vite et après deux mois et demi, elle quitte l'hôpital très engraissée, la tuberculose pulmonaire semble enrayée. Malheureusement, huit mois après l'opération, elle est emportée par une tuberculose rapide après quelques semaines de maladie.

Le Dr Lapeyre fait suivre cette observation de quelques réflexions sur la lenteur de l'évolution de cet ulcère, sur les accidents inflammatoires périgastriques qui ont favorisé les adhérences de l'estomac à la paroi, et permis la formation de la fistule gastro-cutanée.

Le siège un peu élevé de l'ulcère y a contribué aussi, ajouterai-je, puisqu'il était dans une des parties les moins mobiles de l'estomac.

Les cas de fistule gastro-cutanée consécutive à un ulcère simple de l'estomac sont rares.

M. Lapeyre a recherché les cas de fistule gastro-cutanée, mais n'a pas poussé bien loin ses recherches, il se borne à citer des cas anciens.

Dans une thèse récente, faite à Lyon sous l'inspiration de M. Jaboulay, le Dr Rousset étudie ces fistules.

Il rappelle la statistique de Middeldorpf, celle de Wölfler, celle plus récente de Kronheimer (*Deutsch Zeitch. f. chir.*, 1897, p. 437.)

Kronheimer n'a pu trouver, sur les 70 cas de fistule gastrique qu'il a rassemblés, que 15 cas de fistule gastro-cutanée consécutifs à un ulcère simple de l'estomac. (*Archiv. gén. de médecine*, 1887.)

Feulard n'avait trouvé que 14 cas de fistule gastrique consé-

cutive au cancer de l'estomac, de sorte que ces deux ordres de fistule sont aussi rares l'un que l'autre.

Mais ce qui est encore plus rare, ce sont les guérisons de ces fistules consécutives aux ulcères.

Rousset cite une observation de M. Jaboulay, et encore ici, la guérison n'a-t-elle été obtenue qu'après plusieurs interventions.

Le cas de M. Lapeyre est donc un cas remarquable à ce point de vue, puisque la réunion a été obtenue après une seule intervention.

Le mode suivant lequel se produisent les fistules gastro-cutanées est un peu variable.

Tantôt il se produit une périgastrite antérieure suppurée, l'abcès s'ouvre ou est ouvert à la peau et la fistule est constituée ; tantôt il se produit une périgastrite adhésive, et l'ulcère gastrique, faisant des progrès, détruit successivement tou'e la paroi stomacale, le muscle et la peau.

Dans la première catégorie, nous pouvons ranger deux cas cités dans le livre de MM. Terrier et Hartmann, où dans le cours d'une gastro-entérostomie, M. Terrier a trouvé des abcès entre l'estomac et la paroi qui semblaient constituer la première étape vers la fistule.

Le cas de M. Lapeyre paraît rester dans la deuxième catégorie.

Enfin, il est une troisième catégorie de faits dans lesquels la fistule est consécutive à une intervention chirurgicale faite pour ulcère perforant de l'estomac.

Dans le travail de MM. Gross, j'ai trouvé des exemples de fistule gastrique consécutive à des interventions non suivies de suture d'un ulcère perforé de l'estomac :

1° Une de Noorden où la mort est survenue après deux tentatives de suture de la perte de substance ;

2° Parker a obtenu la guérison de la fistule gastrique au bout de quatre mois ;

3° Lennander a observé une fistule gastrique à la suite d'une suture incomplète de la perforation stomacale.

Le malade est mort, deux mois après l'opération, d'hémorragies intestinales.

4° Vionnay observe une fistule gastrique consécutive à l'ouverture d'un foyer de péritonite enkystée. Malgré huit tentatives d'enfouissement des bords de la fistule, le malade succombe avec un vaste pyothorax sous-phrénique droit (*sic*) ;

5° Schleffer a eu aussi une fistule stomacale temporaire suivie de guérison ;

6° Villard et Gauthier ont laissé un orifice temporaire qui a guéri ne laissant qu'une petite fistulette.

En terminant, je m'excuse d'avoir attendu aussi longtemps pour vous rendre compte du travail de M. Lapeyre qui nous a été envoyé il y a près d'un an. Je vous propose de lui adresser des remerciements, et je me permets de vous rappeler que M. Lapeyre est un ancieu interne des hôpitaux de Paris, qu'il est chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, professeur suppléant à l'École de médecine, et je vous prie de ne pas l'oublier lors de l'élection des candidats au titre de correspondant national de la Société de chirurgie.

Tarsectomie large pour pied-bot invétéré, par M. JEANBRAU, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Rapport par M. A. BROCA.

M. Jeanbrau s'est trouvé, en octobre 1903, en présence d'un garçon de dix-huit ans, atteint de pied-bot congénital parvenu à un degré tel, et avec une telle douleur à la pression sur le dos du pied devenu point d'appui, que la marche proprement dite était impossible. Cannes d'abord, puis béquilles et enfin progression à quatre pattes, telle avait été l'évolution des choses, malgré une ténotomie pratiquée à l'âge de cinq ans par Dubreuil (de Montpellier) et complétée par le port de souliers spéciaux.

De ce fait, d'abord, nous tirerons une fois de plus la conclusi que la ténotomie ne sert la plupart du temps à rien, si elle n'est accompagnée, suivie, — ou les deux — de manipulations plus ou moins brutales pour modeler le tarse. Il est tout à fait insuffisant de confier l'avenir à des souliers spéciaux : et d'ailleurs à l'âge de cinq ans on peut dire que toujours sera nécessaire, soit une vraie tarsoclasie, soit plutôt une tarsectomie.

Je ne veux pas entrer ici dans la discussion sur la possibilité plus ou moins fréquente de conserver, chez l'enfant, tout ou partie du corps de l'astragale. La règle étant d'enlever tout ce qu'il faut d'os pour qu'un redressement complet, en valgus, soit possible, il est certain que chez l'adulte sont la plupart du temps indispensables les larges désossements préconisés par M. Lucas-Championnière, et je ne suis pas surpris qu'à gauche M. Jeanbrau ait dû enlever astragale, scaphoïde, cuboïde, cunéiformes, extrémité postérieure du 5e métatarsien, et les deux centimètres antérieurs du calcalnéum ; qu'à droite il ait fallu réséquer le tiers de ce dernier os.

Le résultat fut excellent : pieds courts, mais cambrés, sur lesquels le sujet marche, saute et court. Et les indigènes de la

Lozère furent stupéfaits : le 14 octobre 1903 ils avaient vu partir un quadrupède; le 10 mai 1904 revenait un bipède. Tout en félicitant M. Jeanbrau de son succès, nous serons moins admirateurs, car tous nous avons dans notre pratique d'aussi beaux résultats.

Là n'est donc point l'intérêt du cas, mais dans ce fait que M. Jeanbrau employa des deux côtés une méthode post-opératoire différente : à gauche (1er côté, 20 octobre 1903) il appliqua un appareil plâtré immédiat, qui resta vingt-cinq jours en place; à droite, il s'en tint, comme le conseille M. Lucas-Championnière, à un pansement ouaté compressif. Or, tandis qu'à gauche tout alla sans incident, à droite il fut évident, au douzième jour, quand fut fait le pansement pour enlever les sutures, que la pointe du pied avait tendance à se porter en dedans. D'où nécessité d'un redressement secondaire, au bout duquel fut un bon résultat, mais dont les manœuvres eurent pour effet une rupture, puis une infection secondaire de la cicatrice encore fraîche et tendre. Ce n'est pas de cette petite complication septique secondaire que je veux parler : elle eût pu être évitée. D'autre part, elle est loin d'avoir les mêmes inconvénients que la vraie suppuration opératoire, celle du foyer osseux. Mais je profite de cette occasion pour dire qu'à mon sens la meilleure pratique est d'immobiliser le pied en bonne position dans un appareil plâtré immédiat, pendant trois à six semaines. C'est ce que je fais toujours chez les sujets dont j'ai grande expérience, les enfants au-dessous de quinze ans, et jamais il ne m'a paru qu'une ankylose gênante du pied en fût la conséquence. Le pied droit de l'opéré de M. Jeanbrau nous prouve qu'il en est de même à dix-huit ans; et le pied gauche, par contre, nous fait constater le défaut d'une liberté trop précoce.

Dentier arrêté dans l'œsophage à 30 centimètres des arcades dentaires. Extraction manuelle par la cardia après gastrotomie, par M. le Dr Bluysen.

Rapport par M. CHAPUT.

M. Bluysen, ancien interne de Paris, actuellement chirurgien de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer, nous a envoyé l'intéressante observation suivante, dont je vais vous donner le résumé.

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans de santé très frêle, en puissance de tuberculose, qui le 29 mai 1905 avala son dentier. Cet instrument se composait d'une plaque dure supportant les quatre incisives supérieures. Elle portait deux crochets métalliques à ses extrémités, mais l'un des crochets s'était cassé.

Le malade souffrait modérément; il avalait facilement les liquides. L'examen radioscopique montra le corps étranger à la partie inférieure de l'œsophage.

Le malade refusa d'abord l'intervention, puis les douleurs persistant et s'aggravant, il revint au bout de 15 jours décidé à se faire opérer.

L'exploration avec une bougie à boule révéla la présence du corps étranger à 30 centimètres des arcades dentaires.

M. Bluysen considérant la situation très basse du dentier pensa que l'œsophagotomie externe n'avait que peu de chance de réussir, et il se décida pour la gastrotomie qui fut faite le 20 juin 1905.

Le dos étant soulevé par un billot, le malade est anesthésié au chloroforme. Incision médiane. Ouverture du péritoine. L'estomac est incisé à égale distance des deux courbures sur une longueur de 12 centimètres.

La recherche du cardia avec le doigt est infructueuse. M. Bluysen imagine alors d'introduire par la bouche une petite bougie à boule jusque dans l'estomac; saisissant cette boule avec une grande pince, il peut avec ce guide conduire la pince dans l'œsophage et saisir le dentier qui se cramponne si vigoureusement, qu'il faut bien renoncer à le déloger par ce procédé.

M. Bluysen se décide alors à introduire la main tout entière dans l'estomac; se guidant sur la bougie à boule, il introduit l'index dans le cardia et l'œsophage, il arrive très facilement sur le corps étranger, le mobilise et l'enlève avec la plus grande facilité avec le doigt recourbé en crochet.

La plaie stomacale est recousue avec deux étages de catgut séro-séreux, et la paroi suturée. Diète liquide pendant huit jours. Réunion immédiate parfaite et guérison absolue et complète.

Plusieurs points nous paraissent dignes d'intérêt dans cette observation.

D'abord, la tolérance de l'œsophage pour le dentier a été remarquable; le malade a gardé son corps étranger pendant quinze jours sans grandes douleurs, et ce séjour prolongé n'a provoqué ni ulcération, ni phlegmon ni perforation de l'œsophage.

Cette anomalie ne peut s'expliquer que par l'absence de saillies anguleuses aux points de contact avec l'œsophage.

M. Bluysen avait à choisir entre les méthodes d'extraction suivantes : Extraction par le panier de Græfe, par œsophagoscopie, par œsophagotomie externe cervicale, par œsophagotomie externe thoracique, par gastrotomie.

Je le félicite d'avoir éliminé le panier de Græfe qui ne pouvait que provoquer des désastres

Je l'absous de n'avoir pu manœuvrer l'œsophagoscope qui pouvait d'ailleurs échouer.

Je le félicite encore d'avoir rejeté l'œsophagotomie thoracique qui est une opération très grosse, et qui chez un homme cachectique l'exposait aux plus graves accidents.

Restaient l'œsophagotomie cervicale et la gastrotomie.

M. Bluysen pense que, en raison de la situation très basse du corps étranger, l'œsophagotomie externe avait les plus grandes chances de ne pas réussir. Il a peut-être raison, mais personne ne peut savoir ce qu'aurait donné cette opération, puisqu'elle n'a pas été pratiquée.

Je dois avouer que, malgré la situation du corps étranger, j'aurais fait l'œsophagotomie externe et introduit dans l'œsophage une grande pince courbe, qui m'aurait probablement permis d'extraire le corps étranger. M. Bluysen me répondra ce que je lui disais tout à l'heure : Rien ne prouve que vous auriez réussi.

Il faut noter, à l'actif de M. Bluysen, que l'opération complexe qu'il a exécutée a été aussi bénigne que la plus bénigne œsophagotomie cervicale; on peut même se demander si, pour les corps étrangers bas situés, la gastrotomie ne serait pas, à l'avenir, plus bénigne que l'œsophagotomie cervicale. Quoi qu'il en soit, l'opération de M. Bluysen a présenté plusieurs détails des plus intéressants : d'abord, la difficulté de trouver le cardia avec le doigt ou un instrument, ce que je crois sans peine l'ayant cherché plusieurs fois sans plus de succès.

M. Bluysen introduisit alors par la bouche une bougie à boule, qui fut poussée jusque dans l'estomac et servit de guide à une pince qui happa le corps étranger, mais ne put le faire démarrer.

La fixité du corps étranger n'a rien qui nous étonne, car la traction par en bas ne pouvait qu'entrer plus profondément les saillies de l'instrument dans les dépressions du conduit.

On pourrait, dans un cas semblable, tenir le corps étranger fixé par la pince, et passer tout autour de lui une pince courbe destinée à dégager la muqueuse des saillies la pénétrant; je vous livre cette idée en passant, sans prétendre à une réussite certaine ni constante.

Voyant que le dentier ne voulait pas descendre, M. Bluysen introduisit toute sa main dans l'estomac et son index dans le cardia; il trouva tout de suite le corps étranger, et en un tour de doigt le fit sauter.

Je dois signaler que M. Bluysen prit des précautions spéciales pour ne pas contaminer le péritoine; avec des pinces fines, il marsupialisa l'estomac à la paroi avant d'y introduire la main;

c'est grâce à ces précautions minutieuses que sa tentative a été couronnée de succès.

Le succès de la manœuvre de M. Bluysen est d'autant plus à remarquer qu'elle a permis l'extraction avec une grande facilité, et que l'extraction digitale par la gastrostomie me paraît très peu répandue. Je n'en connais pas d'exemple dans nos Bulletins ni dans la pratique des chirurgiens français.

Mais *Bull* (*New-York medical Journal*, 1887) et *Richardson* (*Boston medical and surgical Journal*, 1886) ont pratiqué l'exploration digitale de l'œsophage pour l'extraction des corps étrangers. Ce dernier auteur déclare qu'on doit recourir à la gastrotomie lorsque le corps étranger est à plus de 28 centimètres des incisives; or, tel était précisément le cas de M. *Bluysen.*

Il est possible, et je l'espère pour M. Bluysen, que sa façon d'opérer se montrera dans l'avenir plus bénigne encore que l'œsophagotomie externe; toujours est-il que la preuve de cette bénignité n'est pas encore faite et, jusqu'à plus ample informé, la doctrine classique en face d'un dentier introduit dans l'œsophage doit être d'abord de faire une tentative d'œsophagoscopie par la méthode de Kilian-Guisez, puis l'œsophagotomie externe cervicale, et, en cas d'insuccès, la gastrotomie avec tentatives d'extraction, à la pince d'abord, avec le doigt ensuite.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à M. Bluysen pour son intéressante observation, et de vous souvenir de son nom lorsqu'il sollicitera vos suffrages.

Appendice iléo-cæcal et fond de la cupule cæcale étranglés et sphacélés dans un sac de hernie crurale. Résection. Guérison, par M. le Dr Barnsby (de Tours).

Rapport par M. LUCIEN PICQUÉ.

Un de mes anciens internes aujourd'hui professeur suppléant à l'École de médecine de Tours, vous a récemment adressé une observation portant ce titre et sur laquelle vous m'avez prié de vous présenter un rapports.

Voici d'abord le résumé de cette observation :

Marie G..., âgée de quarante-cinq ans, campagnarde, n'a jamais été malade. Depuis quatre ans, elle se plaint de coliques survenant par crises, localisées dans la fosse iliaque droite. Un médecin constata la présence d'une hernie crurale droite facilement réductible, et conseilla le port d'un bandage qui fut bientôt abandonné. Le 25 août 1904, elle

est prise subitement le soir, après une journée de grande fatigue, d'une douleur très violente dans la région inguino-crurale droite.

La hernie devint irréductible. Le lendemain les douleurs diminuèrent, mais la fosse iliaque droite resta sensible. Le ventre demeura souple. Vomissements bilieux. Pendants trois jours, la situation resta la même : la réaction péritonéale fut pour ainsi dire nulle, et l'état général resta satisfaisant. Le 29, une crise douloureuse apparut beaucoup plus vive : la hernie grossit, et devient très douloureuse. Trois vomissements bilieux très abondants.

C'est alors qu'elle me fut adressée avec le diagnostic d'*Épiploïte crurale étranglée.*

Opération. — 30 août 1904; une incision parallèle à l'arcade crurale m'amena rapidement sur un sac de hernie crurale très tendu. Je l'incisai et vis s'écouler une quantité assez abondante de liquide noirâtre fétide. Ce sac contenait une lame mince d'épiploon fortement congestionné et violacé, et l'appendice iléo-cæcal tout à fait sphacélé. En poursuivant mes recherches à la partie supérieure, je constatai que non seulement l'appendice était engagé dans l'anneau crural, mais encore qu'une faible portion de la cupule cæcale avait suivi l'appendice et s'était étranglée au niveau d'un collet particulièrement étroit.

Au cours de mes manœuvres, l'appendice et le fond de la cupule cæcale me restèrent dans la main.

Repoussant l'idée d'établir un anus contre nature, j'adoptai la technique suivante :

Je tamponnai ma plaie opératoire avec des compresses stérilisées et après les précautions d'usage.

Je pratiquai une laparotomie qui m'amèna rapidement sur le cæcum. Je reconnus alors la portion engagée et adhérente à l'arcade crurale. Je passai avec précaution une lanière de gaze stérilisée au-dessous du cæcum.

Après avoir mis une ligature sur l'épiploon qui s'était engagé dans l'anneau crural, je plaçai deux clamps à mors caoutchoutés sur le fond du cæcum, puis je détachai très facilement la cupule cæcale adhérente aux bords du collet. Je fis sur la section deux surjets successifs : le premier comprenant toutes les couches intestinales, le deuxième étant séro-séreux seulement. J'enlevai mes clamps et replaçai le cæcum dans la fosse iliaque droite. Je fis ensuite une incision curviligne sur le péritoine pariétal au-dessous de l'anneau crural; je le décollai légèrement et puis le suturai au péritoine pariétal antérieur à l'aide d'un fin surjet de catgut, de façon à fermer complètement la grande cavité péritonéale.

Découvrant ensuite mon premier champ opératoire, j'enlevai l'appendice et la partie du cæcum qui lui adhérait, la bandelette épiploïque étranglée, ainsi que le sac. Je passai un gros drain de la plaie abdominale dans la plaie crurale en passant sous l'arcade de Falloppe. Je fermai incomplètement les deux incisions de manière à laisser passer les deux extrémités du tube.

Suites opératoires simples : au cinquième jour, le drain fut enlevé. La cicatrisation fut complète au quinzième jour.

Cette observation vient à l'appui de tant d'autres, montrer que l'intensité des accidents de l'étranglement herniaire n'est pas en rapport avec le degré de striction exercée par l'anneau. Ici les accidents ont été bénins au début, et cependant l'agent d'étranglement devait amener une gangrène de l'intestin.

Elle vient en outre grossir le nombre déjà considérable des étranglements du cæcum et de l'appendice.

Mais le cas de notre confrère est surtout intéressant au point de vue du mode d'intervention qu'il a adopté.

Il a, avec une promptitude de décision qui lui fait honneur, réparé d'emblée la brèche intestinale due à la gangrène et évité à son malade les inconvénients de l'anus contre nature.

C'est en effet, après bien des hésitations, la pratique qui est aujourd'hui généralement adoptée. Sans avoir la gravité des fistules stercorales de l'intestin grêle, celles qui portent sur le gros intestin n'en ont pas moins des inconvénients assez sérieux pour engager le chirurgien, chaque fois qu'il est possible, à faire le traitement préventif par la suture immédiate : je ne rappellerai pas ici les troubles psychiques que j'ai signalés ailleurs, et qui peuvent se produire dans ces circonstances chez des sujets prédisposés.

Il ne faudrait cependant pas, je crois, appliquer cette méthode dans tous les cas.

En se référant aux nombreux travaux qui ont été publiés depuis plus de vingt-cinq ans sur le traitement des hernies gangrénées, on peut juger des incertitudes qui ont régnées à cet égard dans l'esprit des chirurgiens les plus avancés au point de vue de la technique de la chirurgie de l'intestin.

Or, en tenant compte des progrès incessants réalisés sur ce terrain, il faudra toujours, ce me semble, avant de se décider, envisager l'état général des malades : sous ce rapport tous ne sont pas comparables. Chez ceux qui sont en bon état général et chez les sujets résistants, il faut évidemment pratiquer la cure préventive de l'anus et faire la suture.

Mais chez ceux qui se trouvent dans les conditions inverses, il me semble encore préférable de faire l'opération en deux temps et d'attendre quelques jours avant de procéder à la suture intestinale, sauf évidemment dans les cas où la perte de substance est peu considérable et facile à réparer.

Sous ces réserves, on ne peut trop féliciter M. Barnsby du beau résultat qu'il a obtenu, et je vous propose, en lui adressant nos remerciements, de déposer son observation dans nos archives.

Communications.

Hernie traumatique de l'épiploon compliquant une hernie ombilicale ancienne,

par M. FONTOYNONT.

Une nommée Ratavy, femme Hova, âgée de quarante-huit ans, environ, fut amenée à Tananarive dans mon service de l'hôpital indigène, le 30 août 1901. Il me fut presque impossible de l'interroger tant son état était faible, d'autant plus qu'un interrogatoire destiné à rétablir les faits dans toute leur exactitude n'est chose ni rapide ni facile chez un indigène.

Tout ce que je pus savoir, c'est que dès l'enfance elle était porteur d'une volumineuse hernie ombilicale et que cette hernie n'avait jamais été contenue. Plusieurs fois, elle avait eu des phénomènes d'étranglements passagers; tout rentrait rapidement dans l'ordre. Il y a dix jours, après un effort violent pour soulever un fardeau, une rupture se produisit au niveau de la tumeur ombilicale, donnant issue à une énorme masse que la femme essaya elle-même de rentrer avec les mains. Les voisins s'en mêlèrent, tortillèrent l'organe hernié dans tous les sens, puis avec la fatalité et l'insouciance qui caractérisent les indigènes, ils attendirent.

Les choses allèrent de mal en pis. Le ventre augmenta de volume. Tardivement, des phénomènes péritonéaux légers et une constipation opiniâtre se montrèrent.

Bref, comme des phénomènes d'obstruction intestinale à marche lente se produisaient, et qu'une odeur infecte commençait à se dégager, la famille songea à transporter la malade à l'hôpital.

Au moment où je la vis, peu après son entrée, l'état général était déplorable, le pouls incomptable, la mort proche. Au niveau de l'ombilic et fixé au pourtour de l'anneau ombilical d'une manière très solide, nne sorte d'appendice en voie de mortification d'une longueur de 30 centimètres et de 6 centimètres de diamètre pendait le long du ventre jusqu'au tiers supérieur de la cuisse; comme vous pouvez le voir sur la photographie que je vous montre. A sa base, tout contre l'anneau ombilical un sillon d'élimination commençait à se montrer, si bien que l'appendice se trouvait à moitié détaché de ses connexions ombilicales. J'avoue qu'au premier abord je ne savais trop à quoi avoir affaire. Je séparai le reste de la base de cet appendice, constatai très

nettement qu'il se continuait dans la cavité abdominale et qn'il n'était autre que le grand épiploon. J'établis à tout hasard un anus artificiel qui donna issue à une grande quantité de matières fécales, mais n'empêcha pas la malade de mourir quelques heures après.



Il m a semblé facile de reconstituer les faits. Une femme porteur d'une hernie ombilicale datant de l'enfance et dont elle ne se préoccupait pas, après une série de poussées inflammatoires, au pourtour de l'anneau, avait, au cours d'un effort, rompu son épiplocèle et donné issu à l'épiploon contenu dans sa hernie irréductible.

Le cas m'a paru assez rare pour vous le communiquer.

Du drainage lombaire dans la péritonite d'origine appendiculaire chez l'enfant,

par M. le Dr VILLEMIN.

Dans la péritonite généralisée consécutive à l'appendicite, il est classique d'établir, par l'incision abdominale antérieure droite, un large drainage fait avec plusieurs tubes de caoutchouc perforés, de ne point réunir les bords de la plaie, et même d'adjoindre des lanières de gaze chargées du drainage capillaire. Certains opérateurs ajoutent une ouverture médiane, voire même, dans certains cas, une incision dans le flanc gauche.

Ces larges ouvertures paraissent suffisantes à beaucoup de chirurgiens, et nous nous plaisons à reconnaître les succès incontestables qu'elles procurent. Je n'en veux pour preuve que les excellentes statistiques fournies autrefois par M. Routier et qui donnent jusqu'à 62 p. 100 de guérisons dans des cas analogues.

Et, cependant, je dirai, comme M. Ch. Rémy : « C'est merveille que de tels procédés donnent encore d'heureux résultats, parce qu'ils sont contraires aux règles du drainage. »

Je me garderai bien de formuler une opinion quelconque sur les complications péritonéales de l'appendicite chez l'adulte; je n'envisage ici que l'état des malades tels qu'on nous les apporte dans les hôpitaux d'enfants. Ils arrivent à la dernière extrémité, ayant subi les traitements les plus irrationnels et les plus meurtriers. J'ai vu des parents, pleins de satisfaction à l'idée d'avoir suivi les prescriptions de leur médecin jusqu'à la dernière minute, montrer avec fierté une fiole vide dont l'enfant a absorbé le contenu en voiture, en venant à l'hôpital : c'est le purgatif de la dernière heure! Et il a été précédé de combien d'autres!

Amenés dans ces conditions, ces jeunes sujets ont presque toujours une péritonite diffuse étendue à toute la séreuse. Que l'on pratique le lavage du péritoine ou que l'on tente son assèchement à l'aide des compresses, on laisse dans les parties déclives des liquides septiques. De plus, ces derniers se reproduisent avec rapidité; les toxines microbiennes qu'ils renferment empoisonnent l'organisme, font baisser la pression artérielle, sidèrent le système nerveux malgré les injections de sérum, de caféine, de spartéine, de digitaline ou de camphre. L'opération a éliminé ces poisons en partie; elle doit être conduite de manière à continuer l'évacuarion de ceux qui se reforment, sous peine d'être inutile.

Pour ce faire, on place des drains verticaux plongeant vers la région du cæcum et de l'appendice, d'autres obliques vers la face

inférieure du foie ou vers le bassin. Cette position des tubes à drainage serait parfaite s'il s'agissait d'évacuer des gaz, mais, pour des liquides, elle est insuffisamment efficace. De son côté, le drainage capillaire à la gaze est absolument impuissant à absorber la masse de liquide sécrété et à la conduire jusqu'au pansement.

Il reste bien une ressource : c'est de faire coucher les malades à plat ventre. Je ne sais si on peut l'obtenir des adultes, mais la chose est impossible chez les enfants. Il paraît donc éminemment rationnel de chercher à constituer une voie de décharge dans la paroi postérieure de l'abdomen, puisque les sujets sont destinés à reposer sur le dos.

En théorie, l'endroit désigné pour ce but est le point le plus déclive. Mais, dans la pratique, faut-il encore que ce point réunisse des conditions particulières de proximité des lésions maxima et surtout de facilité d'accès, d'où résulte la rapidité d'exécution indispensable.

Le point le plus déclive est le cul-de-sac de Douglas. Il y a plusieurs années que M. Reynier nous en a vanté les bienfaits, et nous sommes en communauté d'idées parfaite avec lui. C'est un procédé de drainage excellent, qui trouve particulièrement son application dans les foyers de péritonite pelvienne avec appendice long descendant plus ou moins bas vers la ligne médiane. Nous l'utilisons fréquemment, car il n'est pas d'une application plus difficile chez la petite fille que chez la femme adulte. Quelle que soit l'étroitesse de l'orifice vulvaire, une paire de ciseaux courbes peut toujours buter de ses pointes au fond du vagin, pendant qu'un ou plusieurs doigts de la main gauche pénètrent dans le cul-de-sac de Douglas, soulèvent l'utérus et repèrent exactement la ligne médiane. Dans toutes ces manœuvres, il n'y a aucune difficulté.

Dans le sexe masculin, à l'aide de techniques variées on a cherché des voies d'accès aux portions les plus basses du péritoine pelvien. M. Rémy l'effondre sur les parties latérales du coccyx. M. Jaboulay conseille la voie ischio-sacrée; il coupe le grand fessier, les ligaments sacro-sciatiques, longe le rectum jusqu'au cul-de-sac séreux qu'il perfore. M. Mauclaire a indiqué de passer par le périnée, entre le rectum et la prostate, opération que Sutton et Delanglade ont exécutée sur le vivant.

Tous ces procédés ont un très grave défaut qui leur est commun : c'est qu'ils constituent de véritables opérations complémentaires. Pour couper le fessier, pour découvrir et sectionner les ligaments sacro-sciatiques, ou bien pour décoller le rectum de la prostate, en faisant l'hémostase que comportent ces larges brèches, il faut un temps matériel incompatible avec l'état dans

lequel se trouve l'opéré. Si l'on ne veut pas voir succomber sur la table des enfants qui n'ont plus de pouls, dont les extrémités se refroidissent, malgré les injections massives de sérum, malgré toute la prudence du chloroformisatenr, malgré les avertissements fournis par l'aide qui tient la radiale, il faut aller vite, très vite. Le temps de l'opération ne doit pas excéder quinze minutes: toutes les manœuvres de résection de l'appendice, de nettoyage de péritoine, de drainage multiple ne durent pas plus de dix minutes le plus souvent.

A notre avis, le drainage par la voie lombaire réunit les meilleures conditions de facilité, de rapidité et d'efficacité exigées par la situation. Théoriquement, il ne se trouve pas placé dans la région la plus déclive, mais, pratiquement, il est bien plus commode d'accès, il draine au mieux la région rétro-cæcale, il constitue la voie de décharge la plus courte aboutissant au foyer principal des toxines microbiennes.

Ce n'est certes pas une nouveauté que je propose; tout le monde est d'accord pour aborder par là les abcès appendiculaires qui tendent à se frayer une route dans la région. Mais cet emplacement du drainage est plutôt considéré comme une exception, et applicable seulement aux foyers qui pointent aux lombes. Grinda (de Nice), au Congrès de Moscou, conseillait d'étendre son emploi à tous les abcès rétro-cæcaux. En faisant récemment quelques recherches bibliographiques, j'ai lu que Frank Hartley drainait également les péritonites appendiculaires par la voie lombaire.

J'ignorais la pratique de ce dernier chirurgien lorsqu'en 1899 je commençai à me servir de la contre-ouverture lombaire droite. Pendant les six années où j'ai eu la bonne fortune de faire le service des Enfants-Malades, de 1897 à 1903, j'ai opéré 270 appendicites, sur lesquelles se sont présentées 40 péritonites généralisées. Pendant les dix-huit premiers mois, j'ai enregistré 70 p. 100 de décès avec les ouvertures abdominales et le drainage antérieur. En utilisant le drainage lombaire, la mortalité est tombée à 50 p. 100. Dans une statistique qui nous est commune avec M. Félizet, sur 100 appendicites, nous relevons 22 cas de péritonite généralisée; cette série, de Bretonneau, un peu moins favorable, donne 66 p. 100 de décès.

Il ne faut attacher d'ailleurs aux statistiques que l'importance qu'elles méritent. Le mode de traitement n'entre que pour une part dans l'établissement du pronostic, qui dépend plus encore de l'état lamentable dans lequel on apporte les malades à l'hôpital.

En tout cas, voici ce que l'on peut constater lorsqu'un long drain pourvu de larges ouvertures, couché dans toute la fosse iliaque droite, s'enfonçant sous le cæcum et perforant la paroi

abdominale postérieure au-dessus de la crête iliaque du côté droit, vient à être mis en place. Immédiatement, on voit les liquides septiques s'écouler sur la table d'opération. Au bout de quelques heures, le pansement lombaire en est complètement imprégné, tandis que celui qui garnit la vulve lors du drainage vulvo-abdominal est à peine sali. Je ne parle pas du pansement de l'incision abdominale qui quoique largement ouverte ne donne rien. Aussi peut-on, au bout de très peu de jours, supprimer ce drainage complètement. Le retrait précoce des drains antérieurs, la diminution de la suppuration au niveau de l'incision de Roux, ont encore cet avantage de restreindre d'autant les chances d'éventration.

Le drainage par la voie lombaire n'est point uniquement réservé aux mauvais cas, pour les péritonites diffuses. Il s'applique avec avantage à l'évacuation des suppurations isolées, non disséminées, du voisinage de la région appendiculaire. Les péritonites localisées au flanc droit, les abcès de la fosse iliaque, les collections rétro-cæcales, pourvu qu'elles atteignent la crête iliaque, sont très efficacement drainées par une contre-ouverture lombaire, le malade restant couché dans le décubitus dorsal, dans l'immobilité parfaite, comme le commande sa lésion abdominale.

Sur les amputations économiques du pied.

M. Souligoux fait une communication sur les *amputations économiques du pied.* — M. Ricard, rapporteur.

Présentation de malade.

Amputation de Fergusson.

M. Souligoux présente un malade auquel il a fait l'amputation de Fergusson.

Présentation d'instrument.

Présentation d'un instrument pour l'ouverture des abcès appendiculaires par le rectum.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je vous ai, avec M. Chaput, préconisé l'année dernière l'ouverture par le rectum des abcès

du petit bassin consécutifs à l'appendicite. A l'heure actuelle, j'ai huit abcès ouverts par cette voie, qui tous ont guéri admirablement et, cependant, j'ai eu à intervenir dans la grande majorité des cas, pour des abcès que j'ouvrais vers le 12-15e jour, c'est-à-dire tardivement, à une époque où l'ouverture des abcès par la voie abdominale est toujours préoccupante. Car tel malade, dont la fièvre était presque tombée, voyait sous l'influence de l'ouverture de l'abcès la température remontée, la plaie prendre un mauvais aspect, et j'ai eu, et vous avez eu tous dans ces conditions des morts, qui vous ont surpris, mais qui ont démontré que ces interventions, même pour des abcès bien localisés, n'étaient pas toujours inoffensives.

L'ouverture par le rectum, probablement parce qu'elle est au point déclive, paraît par contre donner lieu à une sécurité beaucoup plus grande.

Mais beaucoup d'entre vous sont encore préoccupés d'aborder ces abcès par le rectum, à cause de l'hémorragie possible succédant à l'incision, qui peut couper une artère hémorroïdale. Ces incisions se font en effet au bout du doigt servant de guide, et un peu à l'aveugle. J'ai eu pour mon compte deux hémorragies sérieuses succédant à l'incision au bistouri de ces abcès par le rectum. Dans un cas il m'a fallu avoir recours à l'adrénaline, aux injections de sérum, à l'eau oxygénée, au tamponnement. Mon malade a guéri, mais il m'a donné, à cause de ces hémorragies qui ont continué quatre ou cinq jours, de l'inquiétude. Il en a été de même pour un malade qu'avait opéré M. Savariaud par cette voie, en prenant cependant la précaution de faire l'incision petite, et de dilater avec une pince.

Aussi je crois rendre service en vous présentant un instrument qui vous aidera à ouvrir très facilement ces abcès, et évitera ces hémorragies consécutives.

Cet instrument n'est pas de moi. Il n'est qu'une modification d'un dilatateur très ingénieux que nous devons à notre président, M. Segond, et qu'il avait fait construire pour dilater le col utérin.

Je me suis contenté de changer l'extrémité de ce dilatateur qui était arrondi, et de le remplacer par une pointe conique qui, enfoncée au niveau ou l'abcès bombe, fait un trou insignifiant au rectum qu'on agrandit, en faisant ouvrir les ailettes du dilateur, une fois que le pus a coulé. Ce dilatateur ayant une tige creuse, qui permettait de s'en servir comme sonde intra-utérine, on peut, en le laissant en place, laver grâce à lui la cavité de l'abcès, en faisant adapter à l'extrémité de son tube central perforé du côté de la pointe, le caoutchouc d'un bock contenant de l'antiseptique.

Présentation de pièce.

Epingle de cravate avalée et expulsée par l'anus.

M. Broca. — Puisque nous avons parlé, il y a peu de temps, des corps étrangers qui passent sans incident de l'œsophage à l'anus, je vous en présente un dont la rareté me paraît plus grande que celle des pièces de monnaie. C'est une épingle à cravate, dont la tête, coudée à angle droit, est grosse comme un pois chiche, dont l'épingle est longue de 5 centimètres. Elle fut avalée le 21 décembre dernier par une fille de deux ans, qui l'avait prise dans un tiroir pour jouer. La déglutition en fut accompagnée d'une crise de dyspnée, vite passée, et l'enfant ne souffrait de rien quand elle me fut présentée, le 23 décembre, deux jours après l'accident. La radiographie m'ayant montré l'épingle en face du promontoire, je m'abstins de toute intervention, et le soir même l'épingle sortait. La migration d'une pointe semblable me paraît assez rare pour vous être signalée.

M. Le Dentu. — Il y a quelques années, une dame m'a amené à ma consultation son enfant âgé de neuf mois qui avait avalé une petite épingle de nourrice ouverte. J'aurais, à coup sûr, donné le conseil d'attendre l'expulsion spontanée du corps étranger, si l'enfant n'avait été atteint en ce moment, justement, de certains phénomènes généraux : fièvre, agitation, qui pouvaient faire craindre un travail inflammatoire du côté de l'estomac, et peut-être même du côté du péritoine. Les pressions sur le ventre, qui était un peu ballonné, semblaient provoquer des douleurs. Je fis donc quelques réserves relativement à la nécessité de la gastrotomie, dans un temps plus ou moins éloigné, et je demandai une consultation avec un médecin d'enfants. M. Hutinel, ayant constaté de l'érythème des fesses, en fit le point de départ des accidents généraux. Nous nous décidâmes ensemble pour l'expectation.

A partir de ce jour, plusieurs radographies montrèrent que le corps étranger cheminait lentement vers le rectum. L'expulsion eut lieu finalement, mais seulement après soixante-douze jours. L'état de l'enfant était resté très bon pendant tout ce temps.

M. Claudot a observé également le cas d'une épingle ouverte de nourrice, chez un enfant de six mois, qui fut rendue spontanément par l'anus au troisième jour.

M. Le Dentu. — Après les cas heureux, il y a lieu de mentionner les cas malheureux dont on a connaissance. J'ai chez moi le dessin qui m'a été offert par le Dr Moreau (d'Alger), de l'estomac d'un Aïssaoua qui contenait un très grand nombre de longs clous. On en voit plus de cent rangés à côté les uns des autres, qui n'avaient pas trouvé le chemin du pylore. La tolérance de l'estomac avait eu des limites. Une perforation s'était produite, et consécutivement une péritonite mortelle.

M. Segond. — Dans le cas de M. Le Dentu, le fait important est la constatation, par radiographies successives, d'une migration lente, mais certaine, du corps étranger. J'ai vu deux enfants qui avaient avalé : l'un une plume à écrire, l'autre une épingle à cheveux, et que j'ai laparotomisés parce que plusieurs radiographies m'on fait voir le siège toujours fixe et très haut. Bien m'en a pris, car il n'y avait plus, au moment de l'opération, que la couche séreuse pour protéger le péritoine contre la pointe, prête à perforer la paroi de la deuxième portion du duodénum. Je reviendrai en détail sur ces deux faits, qu'aujourd'hui je me borne à signaler, pour établir, à côté du bilan de migrations faciles, celui des cas où elles sont dangereuses.

M. Moty. — Je possède une observation du même genre, qui m'a été communiquée par mon collègue et ami, M. le médecin principal Anthony ; il s'agit également d'un Aïssaoua qui avala tout de bon un clou de 12 centimètres et qui eut un mois après un volumineux abcès de la fesse droite, l'abcès fut incisé et l'on en retira, non sans quelques difficultés, le corps étranger ; la guérison se fit ensuite rapidement.

M. Villemin. — J'ai montré à la Société, il y a deux ou trois ans, un appendice, aujourd'hui déposé au Musée Dupuytren, qui contenait huit épingles, toutes dirigées la tête vers le fond de l'appendice. Le patient n'avait eu que des accidents d'appendicite banale.

Le secrétaire annuel.

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. LEGUEU et FÉLIZET, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. KIRMISSON dépose sur le bureau de la Société un livre intitulé : *Précis de chirurgie infantile.*

M. KENDIRDJY, ancien interne des hôpitaux, offre à la Société un ouvrage intitulé : *L'anesthésie chirurgicale par la stovaïne.*

A propos de la rédaction du procès-verbal.

M. Bazy. — Je n'ai eu les épreuves de mon rapport sur le travail de M. Lapeyre que le dimanche à midi, de sorte que, quoique je les aie renvoyées corrigées immédiatement, elles n'ont pu arriver à temps pour que ces corrections figurassent dans le compte rendu de notre séance de mercredi dernier.

Je disais qu'aux faits de M. Terrier où on voyait une amorce de perforation stomacale avec fistule gastro-cutanée, on pouvait ajouter un cas de M. Quénu, où un ulcère peptique du jéjunum s'était creusé une cavité dans l'épaisseur du muscle droit de l'abdomen, du côté droit. Il ne s'agit pas ici d'un ulcère de l'estomac, et cela ne rentre pas dans nos cas : mais comme il y a analogie dans le processus ulcéreux, il m'a paru bon de faire un rapprochement (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 19 février, p. 250).

M. Picqué. — Une erreur s'est glissée dans nos rapports au point de vue du chiffre de mortalité dans les diverses opérations pratiquées dans le prolapsus rectal.

Je tiens à rétablir les chiffres que j'emprunte d'ailleurs à la thèse de Lenormand :

1° *Opération de Thiersch* : 18,2 p. 100 d'insuccès (morts et récidives), 6 p. 100 mortalité;

2° *Résection du prolapsus* : 18 p. 100 d'insuccès et 10,5 p. 100 de mort.

Rectopexie : 13 p. 100 de récidive, 10 p. 100 avec la technique de Gérard Marchant. Pas de morts.

A propos du procès-verbal.

Sur le drainage lombaire
dans le traitement des péritonites appendiculaires.

M. Routier. — Si je prends aujourd'hui la parole, c'est que notre collègue Villemin a fait allusion à ma statistique concernant la péritonite généralisée appendiculaire. Or, je dois lui dire que

depuis cette publication, ma statistique, qu'il trouva bonne, s'est encore améliorée, et cependant ma pratique est restée la même : ouverture abdominale simple ou double, lavage, drainage avec caoutchouc et mèche.

Mais je tiens à bien spécifier ; il ne s'agit pas ici d'abcès plus ou moins gros de l'abdomen, mais de péritonites généralisées, celles qui sont caractérisées par ce liquide d'aspect bouillon sale, avec rougeur diffuse des anses intestinales.

Dans ces cas, j'ouvre d'abord la fosse iliaque droite, et je fais un lavage, mais un lavage complet, avec les doigts dans l'abdomen qui vont dans toutes les régions et qui, si la péritonite n'était pas diffuse, la diffuseraient à coup sûr sans le lavage abondant qui l'accompagne, ceci, afin qu'il n'y ait pas de confusion.

J'estime que dans ces cas l'incision lombaire, qui du reste drainerait une bien petite région, ne serait qu'une complication au moins inutile.

J'ai ouvert des abcès par la voie lombaire, mais, je le répète, je ne veux parler ici que des péritonites diffuses.

Depuis ma dernière statistique, j'ai eu à traiter : 493 appendicites sur lesquels je compte 38 cas d'appendicite avec péritonite diffuse.

Sur ces 38 cas, je compte 29 guérisons et 9 morts, et encore parmi ces morts, 3 n'ont-ils succombés que 13, 17 et 27 jours après l'opération du fait de complications, chez lesquels par conséquent la péritonite avait été arrêtée.

M. Chaput. — Je suis de l'avis de M. Villemin sur les inconvénients du drainage antérieur dans la péritonite généralisée. La voie lombaire préconisée par notre collègue est sans doute déclive mais elle constitue une manœuvre assez importante, qui ouvre de nouvelles bouches à l'absorption des toxines et des germes et qui, somme toute, compense ses quelques avantages par des inconvénients au moins aussi importants.

Je regrette que M. Villemin n'ait pas cru devoir discuter la valeur de l'incision rectale dont je vous ai parlé l'an dernier.

Cette opération ne produit qu'une plaie insignifiante, elle s'exécute en quelques minutes et on peut la faire à la rigueur sans aucune anesthésie.

On introduit l'index gauche très profondément dans le rectum, et bien au-dessus de la prostate, sur la ligne médiane, on ponctionne la paroi rectale antérieure avec une pince pointue ; le pus s'écoule abondamment, on dilate l'orifice en écartant les mors de la pince, et on introduit enfin dans le péritoine un gros tube, aboutissant à l'extérieur de l'anus. Le pus s'écoule comme par un

robinet et la guérison s'obtient en quelques jours lorsque les malades ne sont pas intoxiqués à mort avant l'intervention.

J'ai opéré hier encore une appendicite avec péritonite par le rectum; l'opération a duré une demi-minute, l'écoulement du pus a été très abondant; le malade va aujourd'hui aussi bien que possible.

J'ai fait une dizaine de fois cette opération. Je vous renvoie, pour plus ample informé, à ma publication de 1904 (Société de chirurgie).

M. Paul Segond. — La communication de M. Villemin a surtout pour but de mettre en lumière les avantages du drainage par voie lombaire dans le traitement de la péritonite d'origine appendiculaire chez l'enfant. Toutefois, pour documenter ses opinions très arrêtées sur la nécessité de ne jamais drainer qu'au point mathématiquement le plus déclive, notre collègue donne, chemin faisant, son opinion sur divers modes d'évacuation récemment conseillées dans le traitement des suppurations pelviennes. Or, ce sont là des questions trop importantes pour que chacun de nous n'ait pas à cœur de les élucider et comme elles sont précisément, depuis longtemps, l'objet de mes préoccupations journalières, je tiens beaucoup à dire à mon ami, M. Villemin, dans quelle mesure on doit, à mon avis, accepter ou récuser sa manière de voir.

Chez la femme, nous sommes d'accord. Un bon drainage vaginal fait merveille, et, bien que dans un grand nombre de cas le drainage sus-pubien soit suffisant et très efficace, il en est beaucoup d'autres où la nécessité de drainer par le Douglas s'impose en toute évidence. En revanche, chez la fillette, je ne suis plus du même avis. J'avoue même ne pas m'expliquer du tout que sous le prétexte que la manœuvre est facile, on puisse jamais songer a utiliser et par conséquent à détériorer le vagin d'une petite fille pour drainer une collection péritonéale qu'il est en général si facile et si simple d'aborder et de traiter par incision abdominale.

Chez l'homme, nous nous retrouvons en parfaite entente à propos des voies d'accès conseillées soit par M. Rémy, soit par M. Jaboulay. A mon avis comme à celui de M. Villemin, vouloir effondrer le péritoine pelvien en passant à côté du coccyx ou par la voie ischio-sacrée est peut-être ingénieux mais c'est trop compliqué pour être avantageux. La voie pré-rectale conseillée par notre collègue Mauclaire, bien qu'elle soit plus simple et par conséquent plus rationnelle, n'en reste pas moins une complication opératoire d'utilité contestable.

Quant à la ponction par le rectum, dont M. Villemin ne parle pas mais qu'il est naturel de citer ici, je la repousse dans tous les cas, et cela pour les mêmes raisons qui m'ont fait, il y a vingt-cinq ans, préférer l'incision pré-rectale des suppurations prostatiques à leur ponction rectale. Aujourd'hui comme autrefois, je demeure, en effet, très surpris que dans le but d'établir un drainage aseptique, on puisse de parti pris choisir le rectum et se soucier aussi peu de son contenu habituel, alors qu'il est possible de faire autrement et surtout plus proprement.

Ceci dit, j'arrive à la partie essentielle de la communication de notre collègue Villemin, c'est-à-dire à la proposition qu'il nous fait de drainer systématiquement par la voie lombaire les péritonites d'origine appendiculaire.

Ici, trois ordres de faits sont à considérer isolément.

Il y a d'abord les abcès proprement dits de la fosse iliaque qui, bien limités en avant, pointent nettement en arrière, au-dessus de la crête osseuse. A leur égard, point de discussion possible. C'est l'incision lombaire qui leur convient et sûrement nous sommes tous du même avis.

Viennent ensuite les collections appendiculaires rétro-cæcales plus ou moins circonscrites, mais non compliquées de péritonite généralisée. Dans les cas de ce genre, le foyer, une fois mis à jour par laparotomie, M. Villemin a grandement raison de préconiser une contre-ouverture lombaire. Les avantages n'en sont point contestables. Je m'en suis maintes fois assuré moi-même, et depuis bien des années.

Dans un troisième groupe de faits se rangent, enfin, les péritonites généralisées, et c'est à leur propos que notre accord va de nouveau cesser. J'estime, en effet, qu'il n'y a pour ces derniers malades, qu'une bonne règle de conduite, c'est d'inciser largement les deux flancs, d'assurer par cette double voie le lavage comme le drainage et surtout d'aller très vite. Cette manière de faire nous donne à tous de merveilleux résultats parce qu'elle est simple autant que rapide, et je ne crois pas, en vérité, que le pronostic de ces interventions d'urgence puisse être amélioré par l'adjonction d'un drain lombaire.

Pour conclure, je dirai donc que si le mode de drainage en question offre des avantages indiscutables dans certains cas particuliers, il n'y a cependant pas lieu d'en préconiser l'emploi systématique, surtout quand nous opérons des péritonites diffuses.

M. Villemin. — Je ne veux pas éterniser cette discussion, mais je dois m'élever contre le reproche qu'on fait au drainage par la voie lombaire de compliquer et d'allonger l'opération. Son exécu-

tion dure de vingt à trente secondes au plus; une incision de 2 centimètres suffit; une pince effondre les masses musculaires et le péritoine pariétal, et en écartant ses branches crée sans hémorragie aucune le passage au drain qui lui fait suite. La durée et l'importance de ce traumatisme sont insignifiants.

Sur le traitement des kystes hydatiques.

M. Quénu. — Je ne veux pas rééditer l'argumentation de M. Delbet. Mon collègue me permettra seulement de la compléter en insistant sur l'utilité, je dirais volontiers la nécessité, de stériliser le kyste avant son ouverture large.

M. Marion ne s'est peut-être pas assez préoccupé de la greffe des échinocoques, question que nous avons suffisamment discutée à cette tribune pour qu'elle puisse, je pense, être considérée comme résolue. Je m'élève pour ma part contre le procédé que M. Delbet appelle « réduction poche ouverte » et qu'a défendu M. Mabit (de Buenos-Ayres), dans la *Revue de chirurgie* de l'année dernière.

On réalise par ce procédé les meilleures conditions possibles de greffe péritonéale. L'épiploon et le péritoine en général sont d'excellents terrains de culture pour les scolex; les généralisations péritonéales spontanées de kystes hydatiques ne sont pas rares, nous en avons tous observé. J'en ai deux cas en ce moment sous mon observation. Or, ouvrir un kyste hydatique, enlever la membrane fertile, et laisser l'ouverture béante dans la cavité péritonéale, c'est évidemment s'exposer à l'ensemencement et à l'échinococcose secondaire; il est absolument erroné de prétendre comme l'a écrit M. Mabit, qui a prévu l'objection, qu'il est presque impossible au cours d'une opération d'empêcher d'une façon absolue la pénétration de quelques gouttes de liquide kystique dans la cavité péritonéale. Pourrait-on sans inconvénients suivre cette même pratique après formolage? Je n'en sais rien et si peu qu'il reste d'antiseptique dans la poche, je n'oserais guère le déverser dans la grande séreuse.

Il est bien plus simple de suturer l'ouverture après ponction et formolage, puis incision et extraction de la membrane fertile et des kystes.

J'ai montré ici que la stérilisation par le formol ne s'oppose pas à la réunion par première intention et je vous ai apporté les deux

premiers cas de réunion pour kystes de la face convexe. Je vous en apporte une autre observation aujourd'hui qui présente je crois un assez grand intérêt.

Il ne faut pas avoir l'illusion de croire, quand il s'agit de kystes volumineux, que l'accolement des parois est immédiat et que rien ne transsude dans la cavité. Je pense au contraire que dans la plupart des cas, sous l'influence de la décompression opérée par l'évacuation du contenu kystique il transsude de la sérosité, teintée d'ordinaire d'un peu de bile et qu'un temps de résorption progressive précède la guérison définitive. Si on veut bien observer les cas de kystes avec distension thoracique et refoulement du foie vers le ventre, on verra que quelques jours après l'opération le foie qui avait remonté sous les fausses côtes s'abaisse de nouveau, puis qu'il remonte peu à peu ; j'en ai un exemple sous les yeux à l'heure qu'il est, cette évolution s'effectuant sans élévation de température appréciable.

Dans la discussion initiale en 1900, M. Delbet mettait cette transsudation secondaire sur le compte d'une infection et nous étions d'accord sur le rôle capital que jouent les effractions biliaires à ce point de vue. Je pense que le plus ou moins de perfection que nous observons dans la guérison est rigoureusement proportionnel aux qualités de la bile épanchée et à sa quantité.

La résorption peut être lente à se faire, et nécessiter même l'aide d'une ponction sans que pour cela le résultat final soit compromis. Or le 12 juillet, M. Guinard nous citait l'observation d'une malade opérée d'un kyste de la face convexe, chez laquelle plusieurs semaines après l'opération avec suture, un épanchement de bile s'était ouvert spontanément au dehors, et chez laquelle, trois mois après l'opération il avait retiré par ponction, près d'un litre de bile. Il ne nous a malheureusement pas dit, quelles étaient les qualités bactériologiques de cette bile ; cette lacune est comblée dans l'observation suivante.

D. Ch..., âgé de trente-huit ans, chauffeur de sa profession, m'est adressé à Cochin le 5 juin 1905, avec un gros kyste hydatique de la face convexe du foie. Le début des phénomènes de dyspnée remontait déjà à plus d'un an. Au moment de l'entrée à l'hôpital, la matité s'étend d'une ligne horizontale à deux travers de doigt au-dessous du mamelon droit, jusqu'à une ligne passant à un travers au-dessous de l'ombilic.

Voussure costale développée, légère teinte subictérique, pas de fièvre. L'analyse du sang décèle une éosinophilie assez notable, légère augmentation de la matité splénique, pas de diarrhée, pas d'urticaire, pouls petit, régulier à 108 pulsations. Opération le 5 juin. Incision transpleurale après résection d'une côte, ponction

du kyste. On retire 3 litres et quart de liquide clair. Injection de 250 grammes de formol, extirpation de la membrane fertile.

Le 13, teinte nettement ictérique des téguments, urines foncées, pouls à 100.

Du 9 au 25, soit plus de deux semaines après l'opération, la température, qui était de 36°6 le matin, de 37°4 ou 37°5 le soir, s'élève le soir à 39 degrés ou 38°6. Au point de vue local, dès le 8 juin, soit trois jours après l'opération, le foie, qui était caché, est de nouveau perceptible à la palpation, puis, peu à peu, la voussure se reproduit; la plaie, qui était réunie, se désunit en un point et livre passage à une notable quantité de liquide jaune citron. Même phénomène le lendemain et quelques jours après, puis la plaie se referme.

Le 7 juillet (aucune élévation de température depuis le 25 juin), la voussure réapparaît. Je retire du liquide trouble par ponction; ce liquide est ensemencé par M. Landel, et cultive.

Le 15, je retire 1.200 grammes de liquide purulent; il donne de faibles cultures de bactérium coli.

Le 31 juillet, à mon passage à Paris revenant d'Allemagne, je passe voir le malade; sa température matin et soir est de 37 degrés, mais le foie est de nouveau abaissé et la poche s'est reproduite; je l'évacue alors complètement avec l'appareil Potin, et je retire 3 lit. 500 de pus véritable.

Le pus ensemencé donne quelques maigres cultures. Cette ponction est la dernière. Le malade quitte l'hôpital le 10 août, tout à fait bien. Je le revois en octobre et fin de novembre, dans un état de santé parfait, avec une matité hépatique normale; il a repris sa profession.

Je me félicite, dans ce cas, d'avoir résisté aux conseils émis autour de moi d'inciser franchement et secondairement la poche : ce n'est pas en sept ou huit semaines qu'une poche de 3 litres et demi, marsupialisée, eût pu se combler.

J'ai apporté ici des observations de kystes hydatiques formolés et suturés guéris en douze et vingt jours : ils étaient moins gros que celui de l'observation précédente : je ne suis pas sûr qu'au fond le processus de guérison n'ait pas été analogue. J'observe en ce moment un malade porteur d'un kyste de la face convexe et opéré il y a une vingtaine de jours et qui évolue de la même manière.

Ces faits ajoutés à celui de M. Guinard démontrent que même l'infection secondaire de la poche peut ne pas compromettre, je n'ose pas dire la réunion par première intention du kyste, mais sa guérison prompte, par un procédé de résorption sans suture aidée ou non par évacuation spontanée ou par ponction, mais non par incision franche. On peut comparer la guérison de ces poches

bilieuses ou bilio-purulentes à la guérison des abcès froids après une ponction simple ou une ponction suivie d'un liquide médicamenteux.

M. Paul Reclus. — J'ai encore dans mon service un malade entré pour un hyste hydatique de la face convexe du foie. L'incision hépatique ne mesurait guère que 2 à 3 centimètres. Elle me permit cependant d'enlever les hydatides et la membrane adventice. Bien qu'il s'agît d'un kyste suppuré, je n'hésitai pas à fermer la poche par une suture exacte après l'avoir soigneusement formolisée. Je n'hésitai pas, malgré l'état général assez médiocre du malade, et une pleurésie en puissance de laquelle il était encore, car en examinant la face convexe du foie j'avais trouvé des adhérences solides qui isolaient nettement mon incision suturée et la séparait de la cavité péritonéale. Pour cette raison, je jugeai inutile aussi de mettre un drain allant de la paroi jusqu'à la suture hépatique.

Tout alla bien pendant quelques jours, puis une fièvre légère s'allume, et au bout de quelques jours, on trouve le pansement inondé d'un liquide purulent, et à partir de ce moment, la guérison, non encore définitivement obtenue, marche comme elle marcherait sans doute après une ouverture suivie d'un drainage.

M. Bazy. — Lorsque M. Guinard a publié son observation, j'ai cité le cas d'une malade que j'avais opérée d'un énorme kyste de la face inférieure du foie, en fermant après formolisation de la poche, par une suture et drainage au contact de la poche; j'avais constaté après quelques jours une inondation du pansement par de la bile. Je n'ai pas eu à me poser la question d'une ponction pour évacuer le liquide; la poche était largement ouverte; je n'eus qu'à la drainer et la guérison se produisit assez vite.

Dernièrement j'ai eu à traiter un autre énorme kyste de la face inférieure du foie, après formolisation: j'ai évacué le kyste et ai suturé simplement les bords de l'incision du kyste sans en faire le capitonnage, le kyste allant au contact de la colonne vertébrale et l'entourant.

J'ai mis un drain au contact de la suture, et la malade a guéri sans autre incident de ce côté. Mais elle a eu une pneumonie dont elle est heureusement en train de guérir.

M. Rochard. — J'ai eu dernièrement l'occasion d'opérer deux malades atteints de kystes hydatiques très volumineux du foie. Le premier malade était porteur de deux poches situées à la face inférieure de l'organe dont l'une de trois litres et l'autre d'un

litre. Après avoir formolé l'intérieur des kystes j'ai suturé les ouvertures des poches et fermé l'abdomen sans drainage. Au bout de vingt jours le malade sortait de l'hôpital.

Le second cas a un certain rapport avec celui cité par M. Quénu. Il s'agissait d'un énorme kyste hydatique difficile à atteindre et faisant saillie à la face convexe du foie. Après avoir formolé l'intérieur de la poche et enlevé la membrane germinative, je suturai l'incision et réduisis sans drainage.

Les choses allèrent bien les premiers jours; mais la poche s'étant à nouveau remplie, le foie s'abaissa à nouveau et bientôt par le sommet de mon incision s'écoula un flot de liquide jaunâtre très teinté. Je plaçai un drain pour faire des lavages; mais le malade était très affaibli, il avait une diarrhée persistante et au bout de deux mois il succombait.

Je me souvins alors qu'en vidant ce kyste j'avais observé des filaments jaunâtres qui auraient dû me faire penser à la possibilité d'une cholerragie et dans pareille occurrence, une autre fois, je marsupialiserai. Il est probable, comme l'a dit M. Quénu, que c'est le flux biliaire dans l'intérieur de la poche qui a infecté son contenu et, comme lui, je pense qu'il se fait une exsudation aseptique d'abord qui se résorbe ensuite

Quant à la résection de la poche, je la fais partiellement quand celle-ci est flasque et volumineuse ; mais la résection faite, je suture toujours avec soin l'ouverture, afin d'éviter la contamination péritonéale par un mécanisme analogue à celui que j'ai indiqué chez mon second malade.

M. Ricard. — Par deux fois, j'ai réduit dans l'abdomen, sans suturer, la poche d'un kyste hydatique que je venais d'inciser. La membrane hydatide extraite, la poche adventice était bien asséchée, sans écoulement biliaire ni hémorragique. Le liquide hydatique avait été nettement transparent; la stérilisation en avait été obtenue par des lavages à la solution formolée à 1 p. 100. Je pensais que cette réduction, poche ouverte, ne pouvait présenter que des avantages. Or, dans ces deux cas, bien que le succès définitif n'ait pas été compromis, les suites opératoires ne furent pas parfaites. La température oscilla autour de 38 degrés pendant plusieurs jours. Un malaise général persistant ne laissa pas que de me préoccuper, bien que localement rien d'anormal ne parût se manifester.

Or, chez ces deux malades, les suites opératoires furent les mêmes; je ne peux l'attribuer qu'à la technique que j'avais suivie. Cette technique, je l'ai abandonnée après ces deux cas, et ne réduirai plus ces kystes, la poche restant ouverte.

Je n'ai jamais capitonné la poche d'un kyste hydatique, et je ne pense pas que ce capitonnage soit fréquemment indiqué. Dans un cas, j'ai eu chez la même femme à utiliser différents procédés. Cette malade m'avait été adressée comme atteinte de syphilis hépatique. Elle présentait à la région épigastrique une masse mamelonnée, irrégulière, que la laparotomie montra être formée par trois kystes hydatiques indépendants et séparés les uns des autres.

Le premier situé plus à droite, presque pédiculé, avait le volume de deux poings — il fut facilement extirpé — la plaie hydatique suturée sans qu'il restât de poche derrière.

Le deuxième kyste, plus médian, avait le volume d'un gros poing et saillait à peine à la surface du foie. L'incision fit jaillir un liquide louche jaune verdâtre évidemment infecté. Dans ce cas, je ne pouvais songer à réduire, j'asséchai la poche de mon mieux, je marsupialisai et plaçai un drain.

Dans le troisième kyste, le liquide était transparent; après assèchement de la cavité adventice, il persista un suintement sanguin qui m'empêcha également de réduire après avoir suturé. Je pratiquai le tamponnement.

La malade guérit parfaitement, sauf un écoulement de bile qui se fit par le kyste médian pendant quelques jours. L'histoire de cette malade est donc particulièrement intéressante puisqu'elle montre trois indications différentes appliquées à des kystes hydatiques siégeant sur une même malade.

M. Broca. — J'observe assez souvent des kystes hydatiques du foie chez l'enfant, et je pense exactement comme Delbet, comme Quénu, que la méthode de choix, sauf contre-indication spéciale, est la réduction après suture du foie et j'ai l'habitude de ne pas drainer au devant de cette suture. Je n'ai jamais réduit la poche dans la suture. Je désire d'autre part insister sur ce que M. Quénu vient de dire à propos du rôle de la bile épanchée secondairement comme cause d'échec de la méthode. J'ai fait publier l'an dernier dans la thèse d'Oppenheim deux cas où, après avoir enlevé la membrane hydatique, j'ai vu dans l'adventice des traînées brunes qui m'ont fait redouter que des vaisseaux biliaires fussent dans l'adventice très superficiels, ayant même permis de l'imbibition biliaire autour d'eux. Aussi ai-je alors marsupialisé et j'ai bien fait, car au bout de deux jours, j'ai vu survenir un écoulement de bile qui fut très abondant et très persistant. J'ignore si cette bile retenue dans une poche suturée eût eu de bien grands inconvénients, mais j'aime mieux, quand j'ai un avertissement tel que celui que je viens de vous signaler, ne pas m'y exposer et ne pas suturer; pas plus que, malgré le fait que vient de nous communi-

quer M. Reclus, je n'oserai jamais suturer un kyste suppuré. Ces cas sont ceux où de parti pris je marsupialise, car nous ignorons tout à fait quelle est la septicité de la bile.

A propos d'accidents fébriles post-opératoires, je rappellerai que chez ma première opérée — celle pour laquelle M. Delbet a bien voulu venir lui-même m'enseigner la méthode et dont il a fait publier l'observation par un de ses élèves — après l'intervention eurent lieu pendant plusieurs semaines des accès de fièvre dont je ne pus trouver la cause dans la plaie pariétale ou dans le péritoine. A la fin, pour en avoir le cœur net, je fis une seconde laparotomie pour drainer au besoin la poche : je ne trouvai absolument rien d'anormal, et je suturai sans drainage.

Le curieux fut qu'il en résulta un chute thermique définitive, et au fond j'en suis réduit aux hypothèses, mais peut-être y a-t-il eu, avec septicité très atténuée, résorption d'un épanchement de sang, de sérosité et d'un peu de bile.

M. Tuffier. — Si j'en crois ce que j'ai vu, la cholerragie est assez fréquente pour avoir une importance dans notre détermination opératoire pour des kystes hydatiques du foie. J'ai vu, comme vous tous, les différentes étapes de ces épanchements biliaires; depuis le contenu jaune avec vésicules flétries, jusqu'à la teinte de la poche dont a parlé Broca. Ces épanchements bien caractérisés dans les premiers cas, sont simplement représentés dans d'autres par un peu de boue biliaire qui vient sortir après l'évacuation du contenu du kyste ; dans des cas plus légers encore on voit une simple trainée jaune sur la face externe de la membrane mère. J'ai constaté ce fait il y a quelques mois sur une malade chez laquelle j'ai opéré un kyste du lobe de Spiegel, particulièrement difficile à aborder. Après avoir évacué le kyste dont le contenu était constitué par des vésicules filles et un liquide absolument transparent, j'enlevai la membrane mère et en l'examinant je trouvai une longue trainée jaune sur sa face externe et dans son épaisseur. Je crus cette teinte due à la transsudation de la bile et par conséquent à la présence d'un conduit biliaire à la surface de la membrane adventice. L'essorage du kyste ne montrait aucune trace d'épanchement biliaire. Malgré cela, après avoir suturé la poche, je mis un drain, non pas au contact de la suture, ce qui peut nuire à sa réussite, et ce que je ne fais jamais, mais à une certaine distance, au point de déclive, de façon à drainer en cas d'accident. Bien m'en prit, car cette malade eut au quatrième jour un abondant écoulement de bile par la plaie. Cette cholerragie dura une dizaine de jours et tout rentra dans l'ordre.

Mais ce qui est plus grave c'est que cet écoulement d'une bile de

virulence inconnue peut remplir un kyste dont rien ne permettait de soupconner les rapports immédiats avec un conduit biliaire. J'ai opéré également dans mon service de Beaujon un homme d'une cinquantaine d'années pour un gros kyste de la face inférieure du lobe gauche du foie. Le contenu de la tumeur était aseptique, les vésicules étaient claires, la poche germinative sans aucune altération. Je fis la résection de la partie libre du kyste, et sa fermeture complète, mon malade sortit de l'hôpital en apparence bien guéri ; il fit sa convalescence à Vincennes. Mais quelques semaines plus tard, il me revenait très amaigri, fébricitant avec une tumeur au lieu et place de son kyste. Je pensai à une suppuration secondaire ; la poche fut ouverte, elle contenait du pus et un liquide filant jaunâtre certainement biliaire. Mon malade cachectique, comme celui de M. Rochard, eut la même fin ; il succomba quelque temps après.

En présence de ces faits, je ne crois pas du tout qu'on doive rejeter la suture complète avec réduction de la poche, mais je pense qu'il faut être éclectique dans le choix du procédé opératoire, et quand il existe des chances de cholerragie, le drainage près de la poche suturée s'impose après résection de sa paroi extra-hépatique. Et si l'on trouve de la bile dans le kyste, le drainage du kyste lui-même me paraît prudent.

M. Walther. — Mon ami M. Quénu a demandé tout à l'heure si tous les chirurgiens faisaient, comme l'a conseillé avec M. Devé, la stérilisation des kystes hydatiques avant de les ouvrir largement. Je tiens à lui dire que j'ai toujours employé depuis sa communication l'injection de solution de formol après évacuation du kyste.

Sur un très petit point de détail, je ne suis pas tout à fait d'accord avec lui. Je crois qu'il n'est pas toujours facile d'empêcher le liquide hydatique de suinter sur les bords de l'aiguille après la ponction. Si le kyste est superficiel, sa paroi friable, cassante, se déchire souvent d'une petite fissure et le liquide coule autour de l'aiguille. On peut très simplement parer à ce danger d'inoculation en entourant la canule de deux compresses imbibées de formol qui stérilise la très petite quantité de liquide suintant par la fissure et empêche la greffe dans les lèvres de la plaie.

Broca a cité il y a un instant un fait très intéressant d'élévation de température persistante après l'opération. D'autre part, plusieurs faits viennent d'être rapportés d'infections légères de la cavité un temps plus ou moins long après l'intervention.

Peut-être ces petites infections ne sont-elles pas toujours d'origine opératoire. La brusque décompression qui résulte de l'évacuation des kystes d'un certain volume produit en effet une con-

gestion active du foie, et par conséquent une injection légère du foie, puisqu'il n'y a guère de congestion du foie sans infection, comme l'a montré autrefois Hanot. Cette congestion très nette chez certains se manifeste dans les cas de kystes de la face convexe et surtout de kystes intra-hépatiques. Peut-être pourrait-on trouver là l'origine de quelques-unes de ces infections atténuées observées plus ou moins longtemps après l'opération.

Présentation de malade.

Paralysie cubitale par section du nerf cubital. Suture du nerf. Rétablissement de la sensibilité et de la motilité.

M. Potherat. — Le malade que je vous présente rentre dans la catégorie des faits, difficilement explicables par l'histologie, auxquels notre collègue Chaput a souvent fait allusion.

Voici l'histoire très complète de cet homme de quarante ans, recueillie par mon interne M. Sourdat :

Il y a vingt ans, il a le membre supérieur droit pris dans un engrenage. Le coude est violemment tordu, l'auriculaire arraché, fracture de l'olécrane avec plaie de la région épitrochlénne. Suture de l'olécrane par Péan, électrisation consécutive. Retour *ad integrum* au bout de quatorze mois. Le malade a perdu son petit doigt, mais l'activité et la force musculaire sont à peu près totalement revenues, et cet homme peut sans aucune gêne exercer sa profession de graveur sur acier.

En octobre dernier, il fait une chute de bicyclette sur le coude droit. Il survient une impotence presque complète, un énorme gonflement, et le malade perçoit dans les petits mouvements qu'il fait des craquements « comme si un os avait été cassé ». En outre, il ressent pendant quelques heures des fourmillements tout le long du bord cubital de l'avant-bras et de la main, puis surviennent de violentes douleurs au niveau du coude, douleurs que le malade compare à « un écrasement avec une pince ». Bientôt le poignet et la main tombent ; impossibilité de les remettre volontairement en extension. Amyotrophie progressive, malgré une série de séances d'électrisation à la Salpêtrière. Cet état ne subit aucune amélioration, et on conseilla une intervention chirurgicale pour laquelle le malade entra dans mon service à l'hôpital Broussais, le 12 décembre dernier.

L'examen du malade à ce moment permet de relever les signes d'une paralysie cubitale et radiale. En effet, il y a de l'atrophie musculaire de l'hypothénar, des interosseux, et diminution de l'éminence thénar. Le poignet et la main retombent ; le malade ne peut les relever lui-même. Les derniers doigts sont en flexion. L'extension n'est possible que lorsqu'on relève au préalable la main et les doigts. L'abduction et l'adduction des doigts est impossible. La pronation est possible, la supination difficile. Atrophie manifeste des muscles cubitaux, le relief des fléchisseurs est conservé. Les muscles extenseurs sont diminués de volume et flasques.

Rien de particulier du côté des muscles du bras et de l'épaule.

La peau de l'avant-bras et de la main est cyanosée au moindre refroidissement. Au toucher, elle est froide. On traverse une bande d'anesthésie à la piqûre partant de l'épitrochlée et descendant le long du bord interne de l'avant-bras en empiétant un peu sur les faces antérieure et postérieure, gagnant la main au niveau de laquelle elle occupe la partie située en-dedans d'une ligne passant au milieu de l'annulaire.

A l'électrisation, les muscles de la couche postérieure innervés par le radial se contractent, l'excitation des muscles innervés par le cubital est négative.

L'examen du coude montre qu'il est assez déformé. Il y a de longues cicatrices en dedans et en dehors qui se rapportent à l'intervention ancienne de Péan. Il y a du valgus du coude droit. L'examen des os montre que la région épitrochléenne est tout à fait modifiée. La gouttière rétroépitrochléenne est effacée ; il y a là un massif osseux anormal. Flexion du coude normale, extension limitée à 45 degrés environ. Pas de mouvements de latéralité. La pression sur le massif osseux rétro et juxta-épitrochléen, éveille de vives douleurs comme celles de la contusion brusque du cubital. Aucune douleur n'est éveillée par la compression sur le trajet du nerf radial.

Intervention sous l'anesthésie chloroformique le 29 décembre dernier. Je cherche le nerf cubital au-dessus du coude, je le suis et le vois s'engager sous le massif osseux signalé plus haut ; je le cherche au-dessous du coude ; il se dégageait de ce même massif. Je fis sauter ce massif, et sous lui je trouvai le nerf interrompu par une section complète : le bout supérieur se termine par un renflement, le bout inférieur est effilé ; les deux bouts sont réunis par un linéament fibreux très tenu ; leurs axes prolongés chevaucheraient fortement. Isolement de ces deux bouts, avivement et suture avec quelques points de catgut.

Voilà le fait. En voici les suites : le soir même, le malade accuse de la sensibilité à la piqûre de la région précédemment insensible; nulle part, il ne persiste de zone d'anesthésie. Dès le lendemain, la main et le poignet ne tombent plus; le malade peut les incliner en flexion ou les relever en extension; il étend et fléchit les doigts, la supination s'exécute, mais les doigts ne peuvent encore ni se rapprocher, ni s'écarter.

Un mois après son entrée à l'hôpital, quinze jours après son opération, le malade quitte le service très satisfait de son état, ayant recouvré sa sensibilité et sa motilité. Il revient se faire électriser, et les muscles reprennent rapidement du volume.

L'intervention chirurgicale a donc fait cesser les phénomènes de paralysie radiale, en même temps que les troubles de la motilité et de la sensibilité cubitales. Je rappelle que ceux-ci était très marqués et ceux-là beaucoup moins. J'ajoute en terminant que ce malade n'est ni un alcoolique ni un nerveux; je crois cependant que sa paralysie radiale ne peut s'expliquer que par l'hystéro-traumatisme; mais il n'en peut être évidemment de même pour les troubles dans la sphère du nerf cubital, et quelque difficile qu'il soit d'expliquer scientifiquement ces faits, la réunion des deux bouts du nerf sectionné a fait disparaître au bout de quelques heures les troubles sensitifs et dans une grande mesure les troubles de la motilité.

Présentation d'instrument.

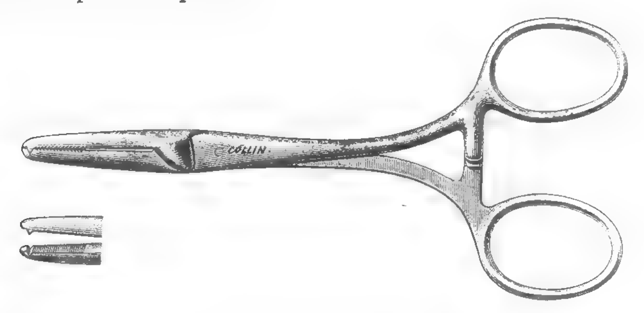
Nouvelle pince hémostatique.

M. Segond. — J'ai l'honneur de présenter, au nom du professeur Auguste Reverdin (de Genève), une nouvelle pince hémostatique ayant des qualités vraiment particulières et dont il me paraît tout à fait indiqué de généraliser l'emploi. Voici l'instrument et la note que notre collègue Reverdin a rédigée pour nos Bulletins :

« Les pinces sont peut-être les instruments les plus indispensables au chirurgien; leur fabrication est difficile; aussi peut-on considérer une pince bien établie comme un véritable objet d'art. Nombreux sont les modèles que mettent entre nos mains les fabricants de tous pays; il en est d'excellents, aussi peut-il paraître étrange qu'on songe à y retoucher encore. Tel est pourtant mon désir.

« En voyant employer, en usant moi-même de ces divers instruments, j'ai été frappé de constater qu'on en revient volontiers aux

pinces à dents de souris, d'où je conclus que la prise des pinces habituelles ne paraît pas suffisante. Cet inconvénient existe parfois, la chose est sûre, mais la dent de souris est-elle le vrai remède? De telles pinces, utiles lorsqu'il s'agit de maintenir, d'attirer ou de repérer certains tissus, se montrent en revanche dangereuses dans la prise des artères et surtout des veines, qu'elles risquent de perforer.



« Dans le cas où l'opérateur s'aperçoit à temps du dégât, celui-ci n'aura que l'inconvénient d'apporter à l'hémostase un léger retard, mais il en va tout autrement lorsque la lésion du vaisseau



reste ignorée. Si par malheur le fil à ligature porte trop près de la brèche vasculaire, il pourra glisser, d'où hémorragie possible. Les dents de souris risquent aussi d'accrocher le fil, de l'empêcher par conséquent de gagner la place qu'il devrait occuper, ou encore de l'affaiblir en l'éraillant; or, cette fâcheuse éraillure porte justement sur la portion la plus intéressante du fil : celle qui doit enserrer le vaisseau!

« De tels défauts suffisent, ce me semble, à établir que ces pinces, bonnes dans d'autres circonstances, ne sont pas l'idéal pour la ligature des vaisseaux.

« Quelle modification y a-t-il donc à faire aux pinces hémostatiques pour parer aux critiques dout elles sont l'objet?

« Par le temps d'*angiotripsie* qui court, il m'a paru qu'en ajou-

tant *quelque chose* près de l'extrémité des mors on pourrait, non seulement accroître la sécurité de la prise, mais encore briser les tuniques des vaisseaux de telle sorte que, lors de l'enlèvement des pinces, l'hémostase soit en quelque sorte assurée, tout au moins pour les vaisseaux de petit calibre.

« J'ai donc fait placer en travers d'un des mors et très près de son extrémité libre une petite pièce conique qui rencontre sur le mors opposé une dépression de même forme, mais un peu plus large, de telle sorte que tout tissu saisi est fortement comprimé, plié, écrasé même entre la saillie et la dépression.

« Les extrémités de la pince présentent des surfaces parfaitement lisses sur tout leur pourtour, incapables par conséquent d'accrocher ou d'érailler le fil à ligature, et une conicité suffisante pour favoriser son glissement.

« Depuis que je fais usage de ces instruments, je crois pouvoir dire que le nombre des ligatures nécessaires est notablement diminué, ce qui est certes un avantage intéressant.

« J'ajouterai que la fabrication de cette nouvelle pince doit être particulièrement soignée et qu'il a fallu la grande expérience de M. Collin pour réaliser les modèles que je présente aujourd'hui.

« Les unes ont le volume des pinces hémostatiques courantes, tandis que d'autres, beaucoup plus fortes et pourvues de plusieurs saillies successives, sont plus spécialement destinées à accrocher, maintenir ou attirer les parties résistantes, telles que pédicules, adhérences ou portions de tumeurs profondément situées, voir même la prostate de l'opération de Freyer.

« Il est clair que, le principe trouvé, il est loisible de modifier à l'infini la forme dans ces instruments.

« Pour répondre à un désir exprimé par M. Pierre Delbet, auquel je montrais mes premiers essais, j'ai fait à l'exemple de mon ami le professeur Girard (de Genève), placer les anneaux en dedans des branches, afin qu'ils risquent moins, soit d'accrocher les fils, soit de s'introduire les uns dans les autres, ce qui est un inconvénient des pinces ordinaires. »

M. Delbet se sert depuis plusieurs mois de ces pinces, et n'y a a trouvé que des avantages.

MM. Tuffier et Segond ont fait la même constatation.

Présentation de pièce.

Œsophagotomie externe pour dentier arrêté au niveau de la portion cervicale inférieure de l'œsophage.

M. Mauclaire. — Ce râtelier que je présente a été avalé par un homme âgé de trente-cinq ans, entré le 22 mai 1899, à l'hôpital de la Charité, salle Boyer, nº 18. C'est dans un accès de toux au milieu de la nuit que la pièce s'est détachée. On sentait nettement le corps étranger arrêté au-dessus de la fourchette sternale. Avec une pince très longue introduite par la bouche, j'arrive sur le dentier qui est immobilisé. La radiographie montrait bien le corps étranger placé transversalement.

L'œsophagotomie externe fut faite suivant la technique opératoire classique, l'extraction assez facile bien que les crochets du dentier fussent fixés dans la paroi de l'œsophage. Je fis la suture en deux plans de la paroi œsophagienne. Les suites opératoires furent régulières mais la suture ne tint pas et une fistule œsophagienne persista pendant sept à huit mois. Je revis le malade ultérieurement, il n'y eut pas de rétrécissement cicatriciel consécutif, ce qui est rare d'ailleurs.

Cette observation rapportée déjà dans la thèse de M. Sanquirico (Paris 1900) montre une fois de plus combien les fistules œsophagiennes persistantes sont rares après l'œsophagotomie externe.

Radiographie d'un corps étranger avalé par la bouche et arrêté transversalement dans l'ampoule rectale.

M. Mauclaire. — Voici la radiographie d'un jouet d'enfant avalé par un petit garçon de cinq ans. Il était arrondi, métallique, ayant 4 centimètres de longueur et 5 à 6 millimètres d'épaisseur. Les parents qui avaient assisté à l'accident firent radiographier l'enfant. On voit bien sur cette radiographie faite par M. Infroit, le corps étranger placé en travers dans l'ampoule rectale et à égale distance des parois pelviennes osseuses.

L'enfant ne voulait plus aller à la selle, car il souffrait beaucoup.

Je fis l'extirpation très facilement avec l'index introduit complètement dans le rectum.

J'ajouterai que je connais un cas semblable à celui rapporté par M. Moty dans la séance précédente. Il s'agissait d'un cas d'os de

lapin avalé et éliminé par la région ischiatique dans un abcès ouvert spontanément au dehors.

M. Delbet a depuis longtemps l'intention de présenter un râtelier fixé dans l'œsophage et dont il a pratiqué l'extirpation par l'œsophagotomie externe. La suture immédiate a donné une réunion par première intention.

M. Tuffier. — Dans notre dernière séance, M. Segond nous a parlé des différences à établir entre les corps étrangers qui subissent une migration normale, et ceux qui sont fixés dans le tube digestif. Je crois, au point de vue opératoire, cette distinction très importante et c'est à l'appui du danger des corps étrangers *fixés* et *immobiles* que je vous rapporte le fait suivant :

J'ai opéré à Lariboisière une jeune femme qui présentait une péritonite purulente localisée dans la fosse iliaque droite et que nous croyions due à un appendice. La laparotomie me fit trouver, traversant *l'intestin grêle* à une vingtaine de centimètres au-dessus du cæcum, un corps allongé du volume d'une plume d'oie, noirâtre, sortant à moitié de l'intestin et appuyant sur la paroi opposée par son extrémité. Je l'enlevai, je suturai l'intestin et ma malade guérit. Ce corps de 8 centimètres de long que je prenais pour un petit os, était absolument flexible. Après examen microscopique, nous vîmes qu'il s'agissait d'un fragment de végétal, et la malade nous apprit qu'elle avait l'habitude de mâcher des feuilles de rhubarbe, et que quelques semaines avant cet accident elle avait avalé *une nervure* de ces feuilles. Il est évident que ce corps absolument souple s'était placé en travers dans l'intestin grêle, et que sa pression *constante et progressive*, avait malgré sa flexibilité, perforé la paroi intestinale.

M. Ch. Monod. — Je rappelle à propos du fait cité par M. Tuffier que je vous ait présenté il y a quelques semaines (1) un corps étranger ligneux de l'intestin grêle ayant déterminé une péritonite par perforation. Je disais à ce propos que les observations de corps étrangers arrêtés dans l'intestin grêle sont rares. C'est pour cette raison qu'il peut être intéressant de rapprocher le fait de M. Tuffier et le mien.

(1) Séance du 22 novembre 1905.

Tumeur de l'ovaire.

M. WALTHER. — Cette présentation n'est que la suite d'une observation que je vous ai apportée ici au mois d'octobre 1902.

Un sujet de vingt-quatre ans, en apparence hypospade, avec deux hernies inguinales, avait chaque mois un écoulement de sang par le méat périnéal.

Lorsque je présentai ici ce sujet (1), la plupart de nos collègues pensèrent qu'il s'agissait bien d'un hypospade, malgré les réserves que je faisais à cause de cette menstruation.

La cure radicale des hernies inguinales me montra qu'il s'agissait d'une femme; les corps sentis dans le trajet inguinal n'étaient point des testicules ectopiés, mais bien des ovaires avec leurs trompes, et je vérifiais en même temps la présence d'un utérus petit, mais bien conformé.

J'enlevai l'ovaire gauche scléro-kystique que je vous apportai ici; j'eus le tort de conserver l'ovaire droit qui me paraissait un peu atrophié mais sain.

Il y a quelques jours, ce sujet revint me trouver à la Pitié avec une volumineuse tumeur abdomino-pelvienne, emplissant l'excavation, remontant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic et complètement immobile. Je pensai à une tumeur de l'ovaire droit conservé, et ce matin j'ai fait la laparotomie et enlevé très péniblement la tumeur que je vous présente.

Elle pèse 1300 grammes. Elle est, vous le voyez, très volumineuse, et à la coupe offre l'aspect d'un sarcome de l'ovaire, sa masse charnue est creusée par places de petites croûtes kystiques.

Je vous communiquerai dans quelques jours les résultats de l'examen histologique.

Le seul point sur lequel je désire insister est la longueur et la disposition du pédicule.

La tumeur était enclavée dans le bassin et absolument fusionnée avec la paroi pelvienne et le rectum.

Au-dessus d'elle flottait un cordon du volume du petit doigt se détachant du détroit supérieur à droite, pour aboutir au centre de la tumeur; il avait absolument l'aspect d'un cordon ombilical; sa longueur était d'environ 12 à 15 centimètres.

Vous pouvez voir sa partie terminale longue de 10 centimètres restée attachée à la tumeur et qui semble constituée par le pédicule ovarien, et une trompe atrophiée et démesurément allongée.

(1) Bulletin de la *Société de chirurgie*, 1902, séance du 8 octobre, pages 938 et 972.

Épiploïte avec dilatations vasculaires ampullaires.

M. Walther. — J'ai enlevé hier l'épiploon que je vous présente chez un homme d'une cinquantaine d'années qui avait eu il y a deux mois environ une crise d'appendicite.

L'épiploon très volumineux, très gros, était sain à gauche, atteint de lésions d'épiploïte dans ses deux tiers droits environ, plaques rouges granitées, noyaux durs d'épiploïte, petites brides récentes. Il n'y avait du reste pas traces d'adhérences ni à la paroi, ni à l'appendice, ni au cæcum.

Dans toute cette zone malade, l'épiploon était parsemé de petites tumeurs noirâtres, du volume d'un grain de millet à celui d'un gros pois, tumeurs qui semblent toutes constituées par des dilatations vasculaires. Il ne s'agit pas en effet de suffusions hémorragiques, mais bien de petites poches sanguines offrant l'aspect de varices ampullaires.

Je vous apporterai les résultats de l'examen histologique. Cette forme d'épiploïte avec dilatations vasculaires me semble fort intéressante et fort rare. Je n'en connais pas d'autre exemple.

MM. Souligoux et David. — *De l'application de l'écrasement de l'intestin à l'exclusion de l'intestin.* — M. Chaput, rapporteur.

Elections.

Élection de trois membres associés étrangers.

Votants : 34.

MM.	Ziembicki	obtient :	29	voix.	Élu
	Horsley	—	29	—	Élu.
	Kelly	—	29	—	Élu.

Élection de cinq membres associés étrangers.

Votants : 33.

MM. WILLEMS (de Gand)	obtient :	31	voix.	Élu.
DEPAGE (de Bruxelles)	—	30	—	Élu.
TRENDELENBURG (de Leipzig)	—	25	—	Élu.
BUSCARLET (de Genéve)	—	30	—	Élu.
BALLANCE (de Londres)	—	30	—	Élu.
DUDLAY TAIT	—	6	—	
PSALTORFF	—	1	—	
DUPRAT	—	1	—	

Élection de deux membres correspondants nationaux.

Votants : 37.

MM. TOUSSAINT	obtient :	28	voix.	Élu.
GERVAIS DE ROUVILLE	—	19	—	Élu.
BRIN	—	4	—	
GAUDIER	—	3	—	
BONNET	—	3	—	
LAFOURCADE	—	3	—	
BAUDRY	—	1	—	
BAILLET	—	1	—	
ISAMBERT	—	1	—	
LAPEYRE	—	1	—	
VANVERTS	—	1	—	

Le secrétaire annuel.

PICQUÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE ANNUELLE

(24 janvier 1906.)

Présidence de M. Paul Segond.

ALLOCUTION DE M. PAUL SEGOND

AU NOM DE M. SCHWARTZ, PRÉSIDENT SORTANT

Mes chers Collègues,

Ne vous étonnez point de me voir à cette place, et surtout bannissez toute inquiétude. Notre ami Schwartz a dû, sans doute, renoncer au grand honneur de présider notre séance annuelle et de prononcer lui-même, à la fin de son mandat, l'allocution d'usage. Mais sachez-le bien, ce n'est point une maladie grave qui le retient loin de nous. Écoutez plutôt la lettre que je viens de recevoir et vous serez convaincus :

Divonne-les-Bains, le 22 janvier 1906.

Mon cher Président,

A la suite de grandes fatigues, je me suis vu obligé de prendre un peu de repos, et quoique allant mieux, je prolonge mon absence.

Voulez-vous exprimer à nos chers collègues tous mes regrets de ne pouvoir présider la séance annuelle et faire l'allocution d'usage?

Veuillez encore les remercier du grand honneur qu'ils m'ont fait en me confiant la présidence et de la courtoisie avec laquelle ils m'ont facilité ma mission.

J'aurais été heureux de la terminer en assistant à cette séance, où va être mise en honneur la mémoire de notre vénéré maître, le professeur Tillaux.

En vous remerciant vous-même, mon cher Président, de vouloir bien vous charger de me remplacer, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments cordialement dévoués.

Schwartz.

Il est, en vérité, pénible et même troublant de songer que le surmenage intensif dont notre profession détient si authentiquement

le secret soit assez toxique pour avoir prise sur des hommes taillés comme notre robuste ami et donnant, aussi complètement que lui, l'impression de ces vigueurs placides, calmes et puissantes qui semblent faites pour creuser tous les sillons, sans que la fatigue ou les modernes asthénies les puissent jamais ébranler! Mais je vous le redis avec insistance, notre tristesse d'aujourd'hui n'est point de celles que peuvent engendrer les réelles alarmes. Elle n'est, elle ne doit être qu'une simple et passagère déception dont le souvenir s'effacera vite, lorsque dans quelques semaines, la chose est sûre, notre brave et cher ami reviendra parmi nous joyeux, réconforté et bien portant.

En tout cas, Messieurs, puisque votre président sortant vous manque, il faut vous contenter de son *second*. Grâce à cette qualification doublement exacte, il ne m'appartient pas de retenir votre attention par un vrai discours présidentiel, ou par les remerciements que je vous dois comme nouveau président et que je serai, l'heure venue, si fier de vous exprimer dans toute leur sincérité. J'ai cependant, en ce jour, le précieux devoir de me conformer à nos traditions en évoquant le souvenir des vides cruels que la mort a faits parmi nous l'an dernier.

Deux de nos correspondants manquent à l'appel : Mikulicz et Piéchaud.

Je n'ai point à vous rappeler la notoriété si légitime du chirurgien de Breslau dont le nom ne disparaîtra jamais de la belle et grande page où nos cadets liront l'histoire de la chirurgie abdominale, de son extension et de ses progrès. Quant à Piéchaud, il est de ceux dont les travaux moins retentissants ne conservent pas moins la haute valeur de tout ce qui est consciencieux; chacun sait les recherches et les intéressants aperçus que la chirurgie infantile doit à notre collègue bordelais. Puisse l'hommage que nous rendons à la mémoire de nos deux collègues si regrettés porter un peu d'apaisement au cœur de ceux qui les ont eus pour maîtres et pour amis.

Sans autre transition, et passant tout de suite de la peine à la joie (la chose est, hélas! très humaine, mais heureusement possible) j'en arrive à la célébration de nos élus de l'année.

Les nouveaux correspondants étrangers se nomment : Wilhem, Depage, Trendelenburg, Buscarlet, Ballance. Cette liste est trop éloquente pour qu'il soit nécessaire de la commenter. Vos choix, en toute évidence, ne pouvaient être plus judicieux et plus motivés.

Vous avez, à tous points de vue, mérité les mêmes félicitations aussi bien en conférant le titre d'associé étranger à Howard

H. Kelly et à Horsley, qu'en choisissant pour correspondants nationaux : M. Toussaint, parmi nos plus distingués confrères de l'armée, et M. Gervais de Rouville (de Montpellier), que des communications nombreuses, autant que variées, désignaient si justement à vos suffrages.

Quant à nos deux collègues plus directs, nos deux derniers titulaires, ce sont MM. Villemin et Mauclaire, et, songeant qu'ils m'écoutent peut-être, j'aurais peur de heurter trop vivement leur modestie si je leur dévoilais, sans la moindre périphrase, tout ce que nous pensons de leurs qualités d'hommes et de chirurgiens.

Et Ziembicki, me direz-vous, pourquoi donc l'avoir omis en souhaitant la bienvenue à nos associés étrangers? L'oubli serait, à coup sûr, terriblement grave! Mais laissez-moi vous l'avouer, il est volontaire. Ziembicki est de Lemberg, c'est vrai. Mais il aime si fort notre France, que je ne puis me décider à croire qu'il est né ailleurs. Je suis donc sûr qu'il me pardonnera mon apparente omission, je gage même qu'il me remerciera d'avoir confondu son nom avec ceux de nos collègues les plus nationaux.

Messieurs, j'ai terminé. Mais avant de donner la parole à votre secrétaire annuel, j'ai la certitude de devancer vos plus secrets désirs en prenant l'engagement que voici : je vous promets d'écrire ce soir à notre président Schwartz, en votre nom. Je lui transmettrai vos regrets, en lui affirmant cependant que la perspective de sa guérison prochaine vous a presque consolés.

Enfin, ne fût-ce que pour le consoler lui-même, j'ajouterai qu'il en est peut-être parmi nous qui ne seraient pas fâchés qu'un peu de fatigue vînt les autoriser à se désurmener comme lui, en bon air et familiale compagnie, et s'il doute de cette assertion, il me croira sûrement lorsque je lui parlerai du plaisir que nous aurions tous à nous échapper un instant, pour aller lui serrer les mains et lui souhaiter prompt retour.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1905

par M. Picqué, secrétaire annuel.

Messieurs,

S'il est une belle et saine tradition à conserver, à l'heure actuelle où il semble conforme à l'esprit nouveau, et paraît-il supérieur de notre époque, de les renier toutes successivement, c'est bien cette séance annuelle qui, chaque année, trouve notre Société en fête, réunie pour célébrer un de nos membres disparus, louer les vivants, donner les prix que nous devons à la libéralité de nos aînés et recevoir dignement les familles de ceux qui ont le plus honoré notre Compagnie.

Chacun de vos secrétaires annuels a, depuis l'origine de la Société, considéré à juste titre, comme un grand honneur, la mission qui lui incombe, mais il faut vraiment arriver à cette heure pour s'apercevoir combien celle-ci est grande, délicate et difficile.

Mettre en lumière vos travaux de l'année, indiquer vos tendances, faire revivre en ce jour la physionomie de nos séances et de vos discussions, vous louer comme il convient, c'est-à-dire avec mesure et sincérité, est une œuvre presque surhumaine. Vos travaux sont innombrables. J'ai tenu à les relire un à un, mais je dois dire de suite que j'ai été largement récompensé du grand labeur que je m'étais imposé, tous sont en effet intéressants; dans tous, on y reconnaît le souci d'une scrupuleuse exactitude, la plupart portent l'empreinte d'un puissant idéal scientifique.

A toutes les époques, vos secrétaires ont apporté, à l'exposé de vos travaux, leurs qualités personnelles; quelques-uns, des qualités de premier ordre.

Certains de ces rapports sont de véritables morceaux littéraires, écrits dans le style le plus séduisant. D'autres sont des modèles de fine et judicieuse critique.

Sans prétendre égaler mes prédécesseurs, je me suis du moins appliqué à l'exactitude et mon but a été, dans ce rapport, de vous indiquer d'une façon aussi précise que possible les progrès que notre Société avait su imprimer à la chirurgie dans l'année qui vient de s'écouler.

Depuis l'époque de la Renaissance chirurgicale, vous avez renoncé justement aux pures questions doctrinales et, quand on relit vos travaux, on reconnaît bien vite que votre légitime préoccupation est la thérapeutique et le développement parallèle de la clinique. Celles-ci sont inséparablement liées dans la plupart de vos communications. N'est-il pas simple et logique, pour l'énumération de vos travaux, de vous suivre dans cette voie vraiment féconde que vous avez imposée à la chirurgie et que vous suivez chaque jour, et d'envisager successivement les importantes questions que vous avez discutées dans l'année en montrant les progrès que vous avez su réaliser sur le terrain de la clinique et de la thérapeutique? Mais il en est d'autres qui n'intéressent que la clinique et l'anatomie pathologique. J'y consacrerai une partie de ce rapport.

Mais, tout d'abord, j'envisagerai devant vous la question des anesthésiques, question d'ordre général que vous avez étudiée dès le début de l'année, qui a absorbé un grand nombre de vos séances et n'est pas encore terminée.

Déjà, l'an dernier, quelques-uns de vos collègues, Kirmisson, Jalaguier, Quénu et Delbet, avaient manifesté formellement l'intention de substituer à l'antique compresse un instrument qui dose et qui titre le mélange anesthésique. Cette année même, Ricard vous présente son instrument, qu'il a utilisé dans près de 200 anesthésies et dont vous vous rappelez le principe : ce n'est plus l'oxygène comme dans l'appareil de Roth-Dræger, mais bien l'air extérieur qui se mélange au chloroforme. Sa mise en marche, son fonctionnement, sa surveillance, sont d'une extrême simplicité. Grâce à lui, les doses de chloroforme dépensé sont minimes, la régularité de l'anesthésie remarquable, le réveil rapide. Au cours de ses 200 chloroformisations, il n'a jamais eu d'inquiétude ni d'alerte.

J.-L. Faure a fait, à l'aide de son appareil, une centaine d'anesthésies à Ivry; il s'en déclare absolument satisfait. S'il avait à être endormi, il voudrait qu'on l'emploie sur lui-même. N'est-ce pas le plus bel éloge?

Imbert, de Marseille, partage le même enthousiasme.

Mais voilà que Reynier nous présente son appareil, et avec lui nous entrons en pleine discussion sur le titrage; pour notre collègue, c'est le point capital.

Et nous voilà conduits à la question des soupapes et des thermomètres. Ricard veut une soupape pour contrôler la respiration, mais Reynier accuse celle-ci de pouvoir se déranger et d'être la cause d'un pourcentage plus élevé, de gêner encore l'expiration dont la force se trouve très diminuée dans la chloroformisation,

d'après les expériences de Richet et Langlois. Il prétend d'ailleurs contrôler tout aussi bien que son collègue la force et la vitesse de respiration, grâce à son index en papier qu'il adapte à l'orifice du tube par lequel entre et sort l'air expiré. Grâce encore à la trompe à air qu'il a ajoutée à son nouveau modèle, le mélange titré ne varie plus, quelle que soit l'amplitude de la respiration.

Par contre, il veut un thermomètre. Sans lui, on ne saurait avoir que des mélanges approximatifs et n'offrant pas de garantie. Il s'appuie sur l'autorité de P. Bert.

Certes, le chloroforme se refroidit par évaporation et le pourcentage doit varier, mais Ricard nous déclare que les variations de température sont négligeables, quand on les compare à celles qui résultent des variations dans la vitesse et l'amplitude des respirations.

Quoi qu'il en soit, la question du titrage ne semble pas admise par tous. Tuffier, en nous présentant son appareil spécial, nous déclare qu'aucun appareil ne peut réellement et scientifiquement titrer le chloroforme, et qu'il faut se contenter d'un à peu près, opinion qui lui vaut une protestation énergique de son collègue Reynier.

D'autre part, les appareils qui n'utilisent pour le mélange que l'air extérieur de la salle d'opération, présentent-ils les mêmes avantages que ceux qui utilisent l'oxygène? Lucas-Championnière le pense.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, Jalaguier et plusieurs de nos collègues se rallient à l'appareil de Ricard. Delbet et Lucas-Championnière continuent à utiliser le Roth-Dræger.

Je m'aperçois que je me suis laissé entraîner bien loin et mon excuse est que j'ai tenu, surtout par ces détails bien incomplets d'ailleurs, à vous rappeler que la discussion ne porte plus aujourd'hui sur la comparaison de la compresse et des appareils, mais, comme l'a dit si bien Quénu, sur les mérites réciproques des divers appareils préconisés pour l'anesthésie, et notre collègue Kirmisson se réjouit de voir ainsi la question de la chloroformisation entrer dans une voie vraiment scientifique.

Le professeur Berger a seul, parmi vous, défendu la compresse; il l'a fait avec l'autorité qui s'attache à tous ses travaux, et aussi sa grande expérience en matière d'anesthésie. Pour lui, le double et capital inconvénient est de donner au chloroformisateur trop de confiance dans l'innocuité assurée par l'emploi de l'appareil et de détourner son attention de l'observation des phénomènes physiologiques présentés par le malade, en la portant sur le jeu de l'appareil; la vraie sécurité réside dans l'attention qu'on apporte à la constatation de ces phénomènes physiologiques.

Ces arguments ont été critiqués par plusieurs d'entre vous mais ne sauraient être négligés; ils ne sauraient l'être en tous cas de ceux qui, comme moi, ont eu le bonheur d'être ses élèves et d'apprendre auprès de lui l'usage de la compresse. L'avenir seul, d'ailleurs, tranchera cette question si passionnante puisqu'à elle se rattachent les souvenirs les plus pénibles de la carrière d'un chirurgien.

Les autres agents anesthésiques n'ont cette année donné lieu qu'à un petit nombre de communications. Walther, dans un intéressant travail basé sur cinquante-six cas, a remplacé l'anesthésie complète par la scopolamine préconisée l'an dernier par M. le professeur Terrier par l'injection sous-cutanée de scopolamine faite avant l'administration du chloroforme.

Elle devient ainsi l'adjuvant de la chloroformisation. Une seule injection de 1 centimètre cube une heure avant l'opération suffit.

A l'aide de cette méthode, les avantages de la scopolamine persistent et ses inconvénients disparaissent.

Le sommeil dû à la scopolamine, comme l'avait dit Terrier, est calme avec respiration lente et régulière; le pouls est rapide mais régulier; au moment du chloroforme, le maximum d'effet est obtenu, il y a passage insensible et sans transition appréciable d'un sommeil à l'autre; c'est là le point important. Si le malade est un peu éveillé, il se rendort, non du sommeil chloroformique, mais du sommeil antérieur. La période d'excitation se trouve supprimée; le sommeil a tous les caractères du sommeil naturel et l'opérateur a l'impression d'une sécurité absolue.

Mais avec cette méthode disparaît la variabilité d'action de l'agent anesthésique qu'avait signalée Terrier.

La contracture de la paroi abdominale qui pouvait empêcher la généralisation de la méthode disparaît également. La vaso-dilatation ne gêne pas l'hémostase. Seule, la sécrétion urinaire augmente. Quant aux vomissements, la scopolamine ne semble avoir aucune influence heureuse.

M. Terrier nous dit avoir modifié sa technique dans le sens indiqué par Walther et nous montre une heureuse application de cet agent en chirurgie urinaire.

Desfontaines, du Creusot, a eu recours avec avantage à cet agent, et il nous montre qu'avec lui comme dans la rachicocaïnisation, se trouve supprimée l'appréhension chez le malade : c'est un nouvel avantage.

La méthode semble donc gagner du terrain et la confiance de tous.

Mais voilà notre collègue Monod qui jette dans le débat une

note discordante. Avec sa coutumière bonne foi, il nous signale un accident de sa pratique.

Et comment s'est-il produit? Monod, qui est le modèle des chirurgiens consciencieux, avait été lui-même à la Pitié se rendre compte du mode d'application et de ses effets.

Bien au courant par conséquent, il donne à une de ses malades une injection deux heures avant l'opération, espérant que l'action serait plus complète.

Le sommeil s'était produit en moins de quarante minutes et la malade n'était plus qu'assoupie au moment du chloroforme. Vingt minutes après la cessation du chloroforme, apparaît une syncope grave avec son cortège de symptômes navrants. Au bout de dix minutes, tout semblait perdu et ce n'est qu'au bout de trente-cinq minutes que la malade est sauvée. Est-ce la scopolamine, est-ce le chloroforme? se demande Monod.

Jadis déjà, en 1890, Quénu nous avait signalé les dangers de la morphine, et dans l'anesthésie à la scopolamine, on lui associe encore cet agent ; aussi M. Monod croit que le procédé doit être tenu pour dangereux, quel que soit des deux le vrai coupable.

Le cas de Monod, d'ailleurs, n'est pas isolé. Kœhmann, en 1895, en a signalé 12 cas de mort sur 1.200 cas publiés.

Et voilà cette jeune scopolamine qui a eu la fortune inespérée d'avoir pour parrain des chirurgiens d'une autorité incontestable, et qui se posait en rivale de sa vieille sœur le chloroforme, la voilà, dis-je, non pas frappée à mort, mais déjà suspectée. Ne perdons cependant pas espoir. Déjà Kœhmann, qui nous a révélé ses méfaits, reconnaît bien aussi que le nouveau procédé recommandé par Terrier et Walther est sans danger, et M. Terrier qui a analysé les 12 cas de mort publiés vient de nous démontrer qu'aucun ne pouvait être attribué réellement à la scopolamine.

Souhaitons encore que cet agent vienne nous débarrasser du cauchemar de l'anesthésie, et souhaitons-lui meilleur sort qu'à la rachicocaïnisation. Celle-ci, hélas! semble avoir une triste destinée.

Nous sommes loin de l'enthousiasme du début; voilà que cette année même cette grande oubliée ne reparaît que sous la forme d'un malade qui présente depuis onze mois une paraplégie consécutive à une injection de cocaïne lombaire, et le diagnostic est confirmé par Babinski. Grandeur et décadence ! Cette présentation ne vous fait-elle pas l'effet de certains certificats? Peut-être convient-il d'imiter le philosophe qui, parlant d'un sujet en réalité moins grave, conseillait d'y penser le moins possible pour n'avoir pas trop à en médire.

La *chirurgie des voies biliaires* nous a valu d'importantes com-

munications. Aucune ne montre davantage votre préoccupation constante de développer parallèlement la clinique et la thérapeutique.

J'engage les médecins à prendre la peine de lire vos Bulletins, qui osent croire encore que le chirurgien de notre époque, à l'encontre de ses prédécesseurs, a cessé d'être clinicien.

A moins de fermer systématiquement les yeux aux progrès de la chirurgie actuelle ou d'avoir un aveugle parti pris, ils reconnaîtront vite que jamais le chirurgien actuel n'a eu plus besoin des ressources anciennes et actuelles que la clinique met à notre disposition.

Il verra ce que la chirurgie, en outre de l'habileté opératoire, exige de connaissances scientifiques et de sagacité clinique à ceux qui la pratiquent.

A vous lire et à vous relire, on constate que la nécessité du diagnostic est devenue pour le chirurgien plus impérieuse que jamais.

Certes l'axe de la clinique s'est déplacé comme la chirurgie elle-même ; nous ne voyons plus la clinique comme ceux qui nous ont précédés, parce que les conditions de la thérapeutique se sont elles-mêmes modifiées, mais dans la nouvelle chirurgie qui est née de vos efforts, une nouvelle science clinique s'est développée plus délicate, plus compliquée, et j'ose dire plus étendue que l'ancienne.

C'est d'abord sur la chirurgie des voies biliaires, où il excelle d'ailleurs, que notre collègue Quénu nous présente un travail du plus haut intérêt, et qui montre bien jusqu'à quelles limites des chirurgiens comme notre distingué collègue ont pu faire reculer les barrières de la chirurgie, et empiéter sur un domaine qui semblait réservé aux seuls médecins.

Dans ce travail où il s'occupe spécialement des interventions sur le canal hépatique, il nous montre que dans certains cas, on peut se trouver en présence d'un obstacle pariétal situé au niveau de l'origine du cholédoque, avec impossibilité d'agir sur les voies accessoires (vésicule ou cystique) quand celles-ci sont atrophiées ou oblitérées.

N'est-il pas logique et nécessaire d'agir sur le canal hépatique dont la dilatation, déjà constatée par Thormton et Nicolaydsen, peut faciliter sa découverte en même temps que les manœuvres qu'on peut être appelé à faire sur lui?

Certes les occasions d'intervention sont aussi rares que les circonstances qui les nécessitent, si bien que Mayo Robson sur 547 opérations sur les voies biliaires n'a jamais eu l'occasion d'intervenir sur l'hépatique.

Kehr est le premier qui ait pratiqué l'anastomose de l'hépatique à l'intestin dans les cas où l'obstacle pariétal était de nature néoplasique. Quénu vous a apporté un exemple remarquable où l'obstacle tient à un rétrécissement inflammatoire d'origine lithiasique, de l'origine du cholédoque, siégeant au même point à la jonction du cystique à l'hépatique.

Mais il préfère anastomoser l'hépatique à l'estomac, se souvenant que la présence de la bile dans l'estomac ne saurait troubler la digestion, et voilà, grâce à notre habile et distingué collègue, l'hépatico-gastrostomie entrée dans la chirurgie des voies biliaires.

Mais Tuffier, qui a pratiqué deux fois l'hépaticotomie et a anastomosé une fois avec l'estomac, critique cette opération et préfère recourir à l'anastomose avec le grêle, celle-ci lui paraissant plus sûre.

Une communication de Brin, d'Angers, fournit encore à notre collègue Quénu l'occasion de revenir sur un des points les plus délicats de la chirurgie du cholédoque.

Dans un cas où un obstacle de cause indéterminée siégeait dans la portion terminale du cholédoque et où il existait une atrophie des voies accessoires, Brin pratique l'opération de Riedel, c'est-à-dire anastomose le cholédoque avec le duodénum, et guérit sa malade. C'est la première pratiquée en France.

A ce propos notre collègue étudie longuement les indications de cette opération, et il s'applique à nous démontrer qu'avant de recourir à l'anastomose qui se présente de suite à l'esprit, il convient de s'assurer par tous les moyens possibles qu'une pierre n'occupe pas le segment terminal; et sur cette donnée, il aborde la question du diagnostic opératoire des obstructions du cholédoque et pose les indications avec son habituelle précision.

Il existe une rétention biliaire et vous supposez que le cholédoque en est cause.

Explorez la portion sus-duodénale ; s'il existe des adhérences, utilisez si possible la vésicule pour gagner le cystique et explorer le cholédoque.

La manœuvre de Vautrin (incision du péritoine pariétal sur le bord latéral du duodénum) peut vous faciliter la recherche du segment terminal : elle lui a réussi une fois sur deux. Si la manœuvre échoue, ou paraît d'emblée irréalisable, si l'exploration de la partie antérieure du pancréas ne fournit aucun renseignement utile, alors il faut selon lui pratiquer la duodénotomie exploratrice et le cathétérisme rétrograde du cholédoque.

Cette opération a été faite dans d'autres circonstances par Mac Burney, par Kocher, par Terrier et par lui-même dans des cas

où le diagnostic de calcul avait été porté et pour arriver plus facilement sur lui quand la masse indurée rendait l'accès difficile.

Parfois cette ouverture a été un accident opératoire que le chirurgien a pu utiliser habilement comme dans les cas de Pozzi et de Czerny.

Mais l'opération que Quénu vous propose actuellement est toute différente, car elle est faite de parti pris et les cas publiés sont peu nombreux.

Kehr dit à tort que la manœuvre aggrave le pronostic opératoire. Les 3 cas de Quénu prouvent le contraire, et notre collègue pense justement qu'il y a moins de danger à exécuter cette manœuvre que d'errer au milieu d'adhérences qui parfois fusionnent d'une façon inextricable le cholédoque avec les parties voisines. L'anastomose duodénale n'est plus pour lui qu'une opération de nécessité dont le choix est subordonné à l'inutilisation des voies accessoires, au siège et à la fixité de l'obstacle.

Elle sera destinée à guérir des fistules biliaires comme dans le cas de Brin, mais elle se réduira aux seuls cas où l'osbtacle ne tient plus à un calcul, mais à la pancréatite chronique ou aux rétrécissements inflammatoires d'origine lithiasique.

Tuffier insiste à son tour sur la difficulté du diagnostic des calculs du cholédoque avant et aussi pendant l'opération.

Pour le traitement des obstructions du cholédoque il est bien d'avis, comme Quénu, qu'il faut lever l'obstacle, mais il préfère, avant de recourir à la duodénotomie, chercher à morceler le calcul, manœuvre qui lui a donné dans un cas un bon résultat.

Et il pense encore que l'opération de Riedel est recommandable quand les voies accessoires ne peuvent être utilisées.

Routier nous présente un cas qui prouve bien les difficultés du diagnostic des calculs quand ceux-ci siègent dans l'ampoule de Vater.

M. Hartmann ne croit pas beaucoup à l'avenir de l'opération de Riedel. Selon lui, quand l'oblitération est due à un calcul, l'ablation de celui-ci constitue évidemment le traitement de choix.

Quand l'obstruction tient à une lésion extérieure, le plus souvent pancréatique, le plus simple est de recourir à la cholécystentérostomie.

Contrairement à l'opinion émise par M. Quénu, il pense qu'il est le plus souvent possible de faire le diagnostic avant l'ouverture du ventre, mais il est certain que quel que soit le diagnostic porté, il est bon de le confirmer au cours de l'opération et de faire une exploration complète de l'appareil biliaire. M. Hartmann n'a jamais

eu recours à la duodénotomie exploratrice, et il pense qu'on peut explorer les voies biliaires sans y avoir recours et il nous montre comment on peut y parvenir.

Quoi qu'il en soit, on n'aura guère dans ces conditions l'occasion de pratiquer l'anastomose ; cette opération peut d'ailleurs être insuffisante.

Le professeur Terrier, dans une très importante communication, a abordé l'étude du drainage des voies biliaires ; il nous montre par quelles étapes a passé ce drainage qui constitue le traitement le plus efficace des infections biliaires, puis il rapporte cinq observations inédites de sa pratique.

La technique est décrite d'une façon très soignée ; elle consiste dans sa partie principale à réséquer la vésicule et le cystique dans sa totalité au ras du cholédoque, à explorer successivement le cholédoque et l'hépatique, et à fixer un drain dans l'orifice fait au cholédoque au point d'abouchement du cystique.

Le drainage direct a sur le drainage indirect plusieurs avantages incontestables : c'est, d'une part, la sûreté du drainage, c'est sa rapidité d'action, la courte durée du traitement, c'est enfin l'exploration complète des voies biliaires, et l'on peut dire, avec notre savant collègue, que le drainage constitue le plus réel progrès accompli depuis quinze ans dans la chirurgie biliaire, qui doit devenir de plus en plus canaliculaire.

La *chirurgie de l'intestin* a occupé également beaucoup de vos séances.

Savariaud, dans un cas qu'il vous a adressé, a pratiqué avec succès l'entéro-rectostomie intra-péritonéale pour un néoplasme recto-sigmoïde difficilement accessible, et ce cas fournit à Demoulin l'occasion d'un excellent rapport sur cette question.

Par cette opération, on supprime aux malades l'anus artificiel, infirmité pénible qu'il convient de réserver aux seuls cas d'occlusion aiguë.

Notre collègue étudie avec soin les six cas où elle a été pratiquée avec deux morts et quatre guérisons ; il insiste sur la technique et nous parle des avantages du bouton sur la suture.

Il nous montre que dans les cas qui guérissent, la survie est supérieure à celle de l'anus dans les cas de cancer du gros intestin, et que sous ce même rapport les résultats de l'anastomose entéro-rectale sont supérieurs à ceux de l'anastomose pour cancer du gros intestin.

Il nous montre encore, dans ce consciencieux travail, la supériorité de l'anastomose sur l'exclusion.

Tous ces points établis, il se demande ce que vaut l'anastomose en elle-même au point de vue de la guérison, et voilà notre col-

lègue qui étudie le mécanisme de la reproduction des accidents d'occlusion après l'entéro-anastomose.

Ce peut être ou le cancer qui a envahi la bouche quand elle est située trop près de lui ; ce peut être parfois le rétrécissement cicatriciel qu'on peut seul invoquer quand cette distance est grande.

Mais dans quelle proportion observe-t-on l'atrésie des anastomoses viscérales? C'est un point que notre collègue n'a pu élucider. Quoi qu'il en soit, quand l'accident se reproduit, si la méthode de Bacon, c'est-à-dire la dilatation de l'orifice anastomotique est impossible, c'est à l'anus qu'il convient de revenir.

Notre collègue a dû être satisfait de la discussion longue et intéressante qu'a provoquée son travail.

C'est d'abord Delagénière, du Mans, qui vient nous dire que l'anastomose iléo-rectale pour cancer inopérable de la partie supérieure du rectum ou de la terminaison de l'S iliaque devra toujours être préférée à l'anus quand la situation de la tumeur le permet, et il nous conseille l'emploi des sutures. Il nous apporte deux beaux cas personnels.

C'est Quénu qui accepte l'anastomose en cas de cancer à suintement modéré, à hémorragies nulles ou minimes sans accidents septiques ou à forme sténosante. Il ne la rejette pas, comme on le lui a fait dire, mais il en limite les indications, et il demande à ses partisans de démontrer que la gravité de l'opération n'est pas considérable, que la bouche fonctionne bien et met à l'abri de nouveaux accidents d'obstruction partielle ou totale.

En reconnaissant tout l'intérêt de cette tentative thérapeutique, il met ses partisans en garde contre toute idée de généralisation et toute conclusion hâtive.

Tuffier partage les conclusions de Quénu et préconise surtout la suture, qu'il préfère au bouton.

Hartmann invoque en faveur de la colostomie iliaque son extrême bénignité, et déclare qu'exécutée comme elle doit l'être, cette opération ne constitue qu'une petite infirmité.

C'est maintenant le professeur Terrier qui nous apporte onze cas personnels d'anastomose avec trois morts.

Ce qui pour lui domine la question, c'est le siège du néoplasme ; si, au-dessous de la lésion, il n'existe pas un espace suffisant, c'est à l'anus qu'il faut recourir, et il en est de même quand le péritoine est envahi.

Mais quand elle est possible, il faut toujours lui préférer l'anastomose ; l'opération de choix doit être l'iléo-sigmoïdectomie par anastomose latérale.

A l'encontre de Quénu et Hartmann, Guinard vient appuyer

les conclusions de Demoulin. Pour lui, l'anastomose n'a pas la faveur qu'elle mérite, et il discute point par point les objections qu'on lui adresse; dans les cas d'occlusion aiguë, il préfère cependant l'anus, et il exprime le même avis que Tuffier au sujet du bouton.

Terrier, dans sa communication, nous avait dit cependant que dans trois cas d'occlusion aiguë il avait réussi avec l'anastomose. Pour lui comme pour Guinard l'anus est préférable, mais il ne voit pas cependant de contre-indication absolue à l'anastomose.

M. Picqué appuie les conclusions de Demoulin au sujet de l'anus iliaque : il cite deux cas dans lesquels celui-ci a conduit les malades à la démence ; ils n'ont guéri de leurs troubles mentaux qu'avec la fermeture de l'anus iliaque.

Chaput préfère la voie sacrée pour l'iléo-rectostomie; c'est ainsi qu'il a pu par cette voie exécuter facilement une iléo-rectostomie pour un rétrécissement syphilitique du rectum.

Mais il reconnaît que cette opération est beaucoup plus complexe que l'anus iliaque et exige une résistance toute spéciale du sujet.

Hartmann a pratiqué ces jours-ci une iléo-rectostomie par la méthode de Lardennois; il a pu constater que l'opération se fait facilement.

Notre collègue Demoulin a terminé cette discussion par une communication qui est un modèle de précision et que tout chirurgien lira avec profit.

Deux belles observations de résection iléo-cæcale adressées par Souligoux fournissent à Chaput l'occasion de faire un intéressant rapport dans lequel il envisage la question de la technique opératoire; il critique l'écrasement de l'intestin avec l'angiotribe et approuve l'anastomose latérale.

Quant au lieu de l'anastomose, il préfère la réunion colique à l'anastomose iléo-transverse ou iléo-sigmoïdienne qu'il a cependant pratiquée plusieurs fois avec succès.

Il est encore d'avis qu'il faut pratiquer l'opération en deux temps, d'abord l'anastomose et puis la résection dans un autre temps. Il conseille encore d'adjoindre à l'opération l'exclusion unilatérale de l'intestin. Le 1er juillet Chaput nous présentait une pièce de résection iléo-cæcale pour une tuberculose à forme atrophique et sténosante. Il existait une fistule pyostercorale.

Cette communication a comme tant d'autres été le point de départ d'une discussion intéressante. Delbet le premier nous apporte un cas de tuberculose hypertrophique du cæcum; il a fait, après la résection, une anastomose termino-latérale, un premier surjet comprenant toute l'épaisseur des parois, les a affrontées

bout à bout, puis il a invaginé l'iléon dans le côlon d'un centimètre et demi environ et fixé par un surjet le collier d'invagination ainsi produit au cylindre invaginé. Ce n'est pas, comme on le voit, la suture de Randhor qui suturait séreuse à muqueuse, et qui est justement condamnée. La suture qu'a employée Delbet se rapproche plutôt de celle de Jobert et ne saurait être confondue avec celle de Doyen qui est toute différente.

Etendue de l'affrontement et simplicité de la technique, tels sont les deux avantages qui paraissent faire de cette suture un excellent moyen de réunir deux bouts d'intestin divisé; il n'en est pas de plus sûr et de plus rapide; elle est donc de beaucoup préférable à l'anastomose latérale qui a certes de grands avantages, mais celui surtout d'être plus fréquemment applicable. En effet, pour que la suture de Delbet soit exécutée facilement et sûrement, il faut des conditions exceptionnellement réalisées; il faut en effet que les deux segments d'intestin soient d'un calibre inégal et que le bout inférieur soit mince et souple de façon à se retourner aisément sans faire un trop gros bourrelet.

Il faut enfin que le mésentère soit lui-même mince et souple et ces conditions ne se trouvent réalisées que dans les anastomoses iléo-coliques, chez les sujets maigres et chez ceux où le côlon est mobile.

Guinard approuve la suture de Delbet, qui rappelle son procédé pour la cure des hernies gangrenées; il faut avoir soin, dit-il, de ne pas invaginer le bout inférieur dans le supérieur parce que la circulation des matières allant au-devant du cylindre invaginé, il en résulte une valvule qui amène une véritable obstruction intestinale. Il ajoute qu'il reste partisan dans presque tous les cas de l'anastomose latérale qui a l'avantage de ne pas exiger les conditions spéciales indiquées par Delbet.

M. Routier est également partisan de l'anastomose latérale qui n'est pas plus longue que la termino-terminale. Il fait la critique dans ce cas du bouton de Murphy.

M. Poirier n'est guère partisan de ces invaginations qu'il considère comme des complications de l'acte opératoire et n'ajoutant rien à la simplicité des procédés plus simples.

Demoulin et Legueu insistent sur les formes anatomiques de la tuberculose du cæcum ; celui-ci en distingue deux formes : 1° La forme hypertrophique dite aussi fibro-adipeuse caractérisée par de véritables tumeurs cæcales tuberculeuses déjà décrite par Dieulafoy ; 2° La forme entéro-péritonéale qu'Alglave a qualifiée de forme ulcéro-caséeuse perforante avec suppuration ; c'est l'ancienne typhlite tuberculeuse. A côté doit se placer la forme adénopathique signalée par Legueu, puis c'est la tuberculose par-

tielle signalée en 1892 par Richelot et récemment par Crouzet, de Lyon.

Enfin les formes décrites récemment de tuberculose iléo-cæcale perforante, de tuberculose iléo-cæcale à forme fibreuse sténosante doivent selon lui rentrer dans l'histoire de la tuberculose intestinale. En ce qui concerne la forme hypertrophique, Demoulin croit qu'on est trop enclin à la considérer comme une tumeur facilement extirpable. Il est des cas publiés où la tumeur s'accompagnait d'adhérences étendues et solides, d'abcès et de fistules qui ont amené certains chirurgiens à se rabattre sur l'exclusion de l'intestin et remettre à plus tard l'ablation du segment iléo-cæcal.

Mais ces lésions appartiennent surtout à la forme ulcéro-caséeuse qui à l'inverse de la précédente se rencontre presque toujours sur les tuberculeux avérés.

Souvent cette forme dont il nous décrit avec soin les caractères cliniques est prise pour une appendicite, quand les lésions ont évolué avec une certaine acuité.

Existe-t-il toujours dans cette forme des lésions concomitantes de l'appendice? Demoulin l'a recherché mais n'a trouvé que peu de documents. Il paraît toutefois que dans la majorité des cas, l'appendice n'est pas primitivement en cause, mais que les lésions nées dans le cæcum s'y propagent par la suite.

Routier reprend de nouveau la parole et nous rapporte plusieurs cas personnels de résection iléo-colique. Pour lui, presque toutes les tuberculoses à forme de tumeur provoquent des rétrécissements et s'accompagnent de symptômes qui peuvent en imposer pour l'appendicite; la persistance de la tumeur et la diarrhée facilitent parfois le diagnostic, et il nous cite un cas bien net de tuberculose primitive de l'appendice.

Tuffier est resté fidèle à l'anastomose latérale; le diagnostic pour lui est parfois difficile et c'est aussi l'avis de Quénu et de Walther; dans un cas, le ventre ouvert, il lui fut impossible d'acquérir la certitude qu'il s'agissait bien d'une lésion bacillaire. On aurait tort enfin de faire de cette maladie une entité morbide; il peut exister, comme chez un de ses malades, des ulcérations tuberculeuses sur le côlon ascendant; dans ces conditions l'ablation du cæcum ne saurait garantir l'exérèse totale du processus.

Hartmann nous présente une belle observation de résection de l'intestin grêle pour rétrécissement tuberculeux; il a guéri son malade.

Une communication de Chavannaz a soulevé parmi nous une discussion intéressante sur la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. Notre collègue de Bordeaux y voit une entité morbide:

toute la maladie se résume dans la distension de l'estomac et la gêne que celle-ci détermine du côté de l'intestin.

Les vomissements ont un type caractéristique et cependant le diagnostic est parfois difficile mais il convient de l'établir à temps puisqu'il suffit d'évacuer l'estomac pour amener la guérison.

Legueu, qui nous apporte une observation très probante, nous dit qu'il considère cette affection comme indépendante de l'infection péritonéale consécutive aux opérations abdominales. Il l'a observée dans une opération rénale, c'est-à-dire extrapéritonéale, et Reverdin nous apporte une observation semblable.

La pathogénie releverait pour lui d'une influence exclusivemement nerveuse.

Delbet et Quénu admettent également l'existence de la dilatation en dehors de toute infection. Moty partage cet avis et Hartmann insiste sur les paralysies gastriques consécutives aux opérations de l'estomac et indépendantes de l'infection et du circulus viciosus.

Reynier revient sur ses communications antérieures; il faut dit-il, établir rapidement le diagnostic pour instituer le traitement. En l'absence de l'expectoration qui peut manquer, le ballonnement seul de la région épigastrique devient caractéristique.

Sous l'influence du lavage, les vomissements, s'ils existent, s'arrêtent, la tension du pouls remonte; il apporte à la Société la preuve expérimentale de l'influence de la dilatation sur l'ensemble de la circulation et sur le cœur.

Le rôle du système nerveux est indéniable et a pu d'ailleurs provoquer la dilatation en électrisant le plexus solaire, mais on ne saurait négliger les troubles stomacaux antérieurs. Il a pu parfois constater de l'hyperchlorhydrie. La clinique semble aussi lui donner raison. N'a-t-on pas observé en Allemagne des cas analogues, après arthrotomie (cas de Morris) et après la pose du corset de Sayre?

Reynier croit ces cas plus fréquents qu'on ne le dit ; il nous en apporte cinq

Mais Routier et Walther se séparent de leurs collègues et pensent que cette dilatation est la conséquence de la septicémie; ils admettent d'ailleurs avec Terrier les bons effets du lavage de l'estomac.

Tuffier distingue plusieurs formes de distensions liquides à distinguer des distensions gazeuzes, distension simple avec sécrétion noirâtre, dilatation avec hypersécrétion aiguë chez des opérés à estomac antérieurement dilaté (cas d'Autefage), cas douteux de dilatation subite post-opératoires et susceptibles d'augmenter d'une façon anormale un estomac normal.

Tous les cas guérissent par le lavage, quand ils ne sont pas liés à une septicémie grave.

Le plus souvent il n'existe qu'une septicémie légère et les autres cas doivent être tenus pour fort rares.

La *chirurgie nerveuse* a donné lieu à des communications importantes qui montrent combien la connaissance approfondie de l'anatomie est nécessaire à qui veut sortir du cadre ordinaire de la chirurgie courante.

C'est d'abord Delbet qui est venu défendre devant vous l'opération de Jaboulay, c'est-à-dire la résection du ganglion supérieur du sympathique dans les névralgies faciales rebelles, opération parfaitement rationnelle en raison de ses connexions avec le trijumeau que démontrent encore les modifications produites à la suite de cette résection dans les filets qui en partent, dans la moelle cervicale et dans le bulbe.

Delbet nous apporte trois observations personnelles ; l'une d'elles remonte à deux ans et dix mois ; le résultat en est satisfaisant et il en a été de même dans les cas de Jaboulay et de Cavazzoni.

C'est une opération absolument inoffensive quand on la compare à la gravité de la résection du ganglion de Gasser et qui ne laisse à sa suite ni cicatrice disgracieuse, ni sensations anormales, ni paralysie. Mais ses résultats sont inégaux.

Il faut peut-être tenir compte de l'imperfection de la technique, peut-être aussi des lésions variables qui provoquent la névralgie. Mais l'ancienneté des lésions joue un rôle important et cette opération paraît d'autant plus efficace qu'elle est plus précoce.

M. Poirier nous dit qu'avant de songer à la résection du ganglion de Gasser, il faut essayer la résection du ganglion cervical supérieur, courte, inoffensive et le plus souvent facile.

Il nous signale deux beaux cas de sa pratique, dont l'un date de 1903 et nous a été présenté.

Dans un troisième cas, il ne put trouver le ganglion, sectionna le cordon nerveux du volume du sympathique qu'il avait trouvé à la place de celui-ci. Les suites immédiates lui firent croire qu'il avait intéressé la chaîne sympathique. mais les crises reparurent.

En d'autres mains que celles de notre collègue, ce cas pourrait prêter à discussion : or, justement Delbet nous rapporte un cas analogue qu'il a rencontré au cours de recherches sur le cadavre et nous indique la manœuvre simple qu'il convient de faire en pareil cas.

Le cas de Poirier est doublement intéressant à retenir car il nous fournit une preuve indirecte mais excellente de l'action de la sympathicectomie sur le trijumeau. Ici l'absence de résection a rendu nulle l'action thérapeutique. Delbet étudie également la

technique de la résection. La voie antérieure est très directe et facile chez certains sujets, mais parfois elle offre de sérieuses difficultés; aussi a-t-il adopté la voie postérieure : le temps le plus délicat est alors la recherche du spinal.

Le traitement des névralgies faciales est encore l'objet d'une étude de Potherat sur dix cas de résection du nerf maxillaire supérieur. Notre collègue insiste sur la technique, les résultats opératoires et thérapeutiques. Toutes les fois il a suivi la pratique de Segond, mais il limite le plus possible le champ de l'incision verticale et ne se montre guère partisan ni de la petite incision recommandée par Poirier ni de la trop grande incision de Guinard, et il vous propose son incision en L. Il vous recommande encore de ne réséquer le nerf que quand on le voit, et au besoin de détacher à la gouge le tubercule ptérygoïdien du sphénoïde. Les résultats obtenus ont été des plus encourageants au point de vue esthétique et thérapeutique. Or, de Rouville, dans un cas analysé par Rochard, s'est contenté de pratiquer l'opération décrite par Segond sans prendre aucune des précautions indiquées par nos collègues Guinard et Potherat. Le malade revu sept ans après était complètement guéri.

Les plaies des nerfs périphériques ont été plusieurs fois étudiées.

C'est d'abord Rieffel, dont toutes les communications constituent des modèles de précision anatomique, qui, revenant sur un intéressant rapport de Lejars, touchant un cas de suture secondaire de la branche postérieure du radial, trouve qu'il n'est pas toujours possible de mettre à nu le nerf radial postérieur dont la division ne se fait pas toujours à la même hauteur, sans couper et désinsérer largement l'arcade tendineuse sur laquelle s'insèrent en partie le 2e radial et l'extenseur commun. Il faut alors après avoir exécuté la suture rétablir la continuité de cette arcade.

Rieffel conclut qu'en présence d'une section de la branche postérieure du nerf radial il faut tout spécialement étudier la supination.

Si, après avoir fait la part de ce qui revient au biceps dans l'exécution de ce mouvement, on trouve que le court supinateur est intéressé, il faut toujours préférer la voie antérieure adoptée par Reynier et Morestin.

Si la fonction de ce muscle est intacte, on peut choisir la voie postérieure, mais alors trancher au préalable l'arcade fibreuse radio-épicondylienne pour bien reconnaître l'étendue des lésions.

C'est Chaput qui vous présente encore une plaie complète du nerf cubital datant de quatorze ans; une suture nerveuse fut suivie d'une restauration très rapide des fonctions qui paraît selon

lui en opposition avec les doctrines actuellement classiques sur les plaies des nerfs. Notre collègue fait suivre cette présentation d'une communication intéressante dans laquelle il reprend à l'aide de faits récents la question de la restauration rapide des fonctions à la suite des sutures nerveuses secondaires.

Il montre à l'aide de trois faits personnels (deux sutures du médian, une du cubital), et en s'appuyant sur les récents travaux de Durante touchant la régénération segmentaire des nerfs, que contrairement à la doctrine soutenue par quelques-uns de nos collègues en 1902, la retauration rapide après suture secondaire de plaies nerveuses est un fait incontestable.

Quelques mois plus tard Kalliouzis, d'Athènes, nous envoyait à l'appui de l'opinion de Chaput une observation personnelle de suture tardive du nerf radial.

Puis c'est de Rouville dont l'intéressante observation de suture secondaire du nerf radial suivie de guérison fournit à Chaput l'occasion de revenir sur cette question.

Il nous montre comment d'après la conception de Durante, peut s'expliquer la restauration plus rapide des fonctions sensitives dans les sutures secondaires que dans les sutures primitives, et aussi la différence de rapidité du retour des fonctions sensitives et motrices.

M. Berger nous cite trois cas personnels dont une section du nerf cubital. Suture après dix mois avec un excellent résultat.

Dans le système nerveux périphérique, je tiens encore à vous rappeler que le professeur Berger et Loison vous ont présenté d'intéressantes observations de tumeurs du nerf sciatique dont l'énucléation n'amena aucun trouble dans le fonctionnement ultérieur du membre.

Je ne veux cependant pas quitter la chirurgie du système nerveux sans vous dire un mot de la ponction lombaire qui, née d'hier, semble avoir déjà conquis en médecine une place importante et pénétrer également dans la pratique chirurgicale.

M. Quénu a étudié devant nous sa valeur dans les fractures de la base du crâne. Sept cas ont été traités par lui systématiquement par les ponctions lombaires répétées.

Tous ses malades ont guéri, ce qui est, on en conviendra, particulièrement intéressant quand on songe à la gravité des fractures de la base, dont le pronostic s'est singulièrement amélioré depuis que le nettoyage rigoureux des cavités adjacentes rend moins fatale l'infection des méninges. D'autre part, le nombre des malades guéris à la suite des ponctions est assez imposant à l'heure actuelle pour rejeter toute idée de coïncidence; mais l'interprétation reste encore à l'étude.

Terrier, Rochard, Potherat, Guinard appuient les conclusions de notre collègue Quénu. Djemil Pacha nous adresse un cas favorable.

Plusieurs de nos collègues discutent encore la question de savoir si la soustraction d'une quantité importante de liquide céphalo-rachidien peut présenter une action nocive sur les centres nerveux. Plusieurs faits sont versés au débat, mais n'amènent aucune solution précise.

Notre collègue Poirier nous avait en 1904 exposé le manuel opératoire de l'opération logique à faire contre le cancer de la langue. Les deux opérés qu'il nous avait présentés en 1904 sont encore aujourd'hui en parfait état l'un depuis trois, l'autre depuis quatre ans. Trois autres cancers sont encore trop récents.

Aujourd'hui il vient nous soumettre les résultats d'une étude histologique intéressante portant sur vingt et un cas opérés par lui depuis deux ans, d'où il ressort que la cancérisation des ganglions n'est ni constante ni précoce (elle manque 8 fois sur 10), que les métastases se localisent presque toujours dans les ganglions carotidiens du côté correspondant et que la dégénérescence des ganglions sous-maxillaires est exceptionnelle (3 fois sur 20).

Il nous signale une modification importante de la technique; il emploie maintenant la laryngotomie intercrico-thyroïdienne qu'il a vu pratiquer par Butlin, pour se mettre à l'abri du sang et des mucosités; deux fois il y a eu recours, mais en se bornant à une ponction temporaire du larynx avec un trocart spécial. L'opération est d'une facilité et d'une rapidité remarquables.

Quénu et Delbet rapportent des cas de ganglions non cancéreux, accompagnant un néoplasme de la langue.

Notre collègue Quénu se loue de la ligature des carotides et de l'emploi de l'appareil de Delbet, et il pense qu'il est inutile de recourir à la ponction même temporaire du larynx.

Faure a renoncé depuis longtemps à la laryngotomie, qui pour lui aggrave le pronostic; il n'y a recours qu'en cas d'urgence et Sebileau est de cet avis, mais ce dernier déclare en outre qu'il a aussi abandonné la ligature des carotides.

Enfin, le professeur Samuel Pozzi, soucieux de la vérité historique, réclame en faveur d'un Français, Krishaber, la priorité de l'instrument dont se sert Poirier.

Dans cette même séance est venue la question du cancer et de son traitement. Vous vous rappelez des circonstances dans lesquelles cette question a été introduite parmi vous. Le professeur Guyon, comme président de l'Association de chirurgie, est venu vous transmettre le vœu du Congrès, tendant à ce que la question du traitement du cancer fût soumise à votre examen. M. Doyen,

selon le règlement de votre Société, vous a d'abord présenté une communication sur ce sujet.

Vous avez nommé une Commission et vous avez choisi pour en faire partie les professeurs Berger, Kirmisson, Monod, Nélaton et Delbet, c'est-à-dire les collègues que nous aimons et que nous estimons le plus et ceux dont nous apprécions entre tous la haute élévation de caractère et la parfaite impartialité scientifique.

Ils n'avaient à juger l'œuvre qu'en cliniciens et c'est sur ce terrain qu'ils sont restés. Ils ont examiné pendant six mois tous les malades qui leur ont été présentés, notant scrupuleusement ce qu'ils constataient sur eux au cours du traitement. Delbet, en qualité de rapporteur, est venu dans la séance du 12 juillet vous lire au nom de la Commission tout entière un rapport très documenté.

La conclusion de la Commission a été que rien de ce qu'elle avait observé n'avait permis de penser que le traitement de M. Doyen eût une action favorable sur le cancer. Vous avez voté à l'unanimité et sans discussion cette conclusion tant le rapport avait été clair et scientifiquement rédigé.

Depuis cette époque, Kirmisson a présenté un jeune garçon atteint de lymphosarcome qui avait été soigné sur sa demande par M. Doyen lui-même. Malgré ce traitement l'aggravation avait été très rapide. Il en a été de même dans un cas de Chaput.

Il y a quelques années à peine les remarquables travaux de Delbet *sur l'extirpation des anévrismes* n'étaient guère accueillis qu'avec scepticisme.

Aujourd'hui notre collègue doit voir avec plaisir ses opinions discutées et admises par beaucoup de ses collègues.

Arrou vous a apporté cette année un nouveau cas d'anévrisme poplité artériel traité et guéri par l'extirpation; il s'agissait cependant d'un anévrisme siégeant à la partie inférieure, empiétant même sur le mollet. A côté de ce beau cas où le succès a été total, il faut bien rappeler le cas malheureux de Faure, relatif à un anévrisme qui siégeait relativement haut. Son ablation supprimant les deux articulaires supérieures ainsi que la moyenne a entraîné la gangrène du membre. Mais Faure accuse surtout l'état défectueux du système artériel et le sphacèle partiel qui se produisit sur son lambeau d'amputation paraît lui donner raison. Arrou apporte un cas du même genre.

Une discussion intéressante s'engage alors. Guinard extirpe chez un malade qui présentait un très mauvais système cardio-vasculaire un volumineux anévrisme de la poplité et de la fémorale dans le canal de Hunter. Le résultat est excellent mais, pour éviter la migration des caillots dans le bout périphérique au cours

de l'extirpation, il recommande de pratiquer tout d'abord une ligature au-dessous de l'anévrisme.

Tuffier a extirpé avec succès un anévrisme poplité ; il enlève l'anévrisme comme une tumeur, liant les vaisseaux quand il les rencontre, mais plus préoccupé de ménager les organes voisins que de la recherche des artères. Il fait toujours, quand il le peut, la ligature du bout inférieur non pas comme Guinard, mais pour tendre le sac.

Championnière pense que dans les gros anévrismes la gangrène est moins fréquente avec la ligature qu'après l'extirpation ; il n'a jamais observé de gangrène dans ces conditions, mais ses observations sont, il le reconnaît, peu nombreuses. Il nous présente un malade auquel il a pratiqué la ligature de l'iliaque externe pour un anévrisme du pli de l'aine.

Poirier a vu la gangrène survenir à la suite d'une extirpation d'un gros anévrisme poplité ; il se demande s'il ne serait pas plus sage dans ces cas de commencer par la ligature dont Championnière vante l'excellence. En tout cas, il admet difficilement la migration des caillots après la ligature du bout supérieur et Faure partage cet avis.

Quénu se rallie nettement à l'extirpation et commence comme Guinard par la ligature du bout inférieur. Routier nous présente un cas d'anévrisme faux, circonscrit, d'origine traumatique et dont il a pratiqué l'extirpation, et Reynier a fait de même dans un anévrisme sus-claviculaire après ligature préalable entre les scalènes.

Cette méthode, d'ailleurs, n'est pas toujours applicable. M. Le Dentu nous présente un anévrisme traumatique du tronc tibio-péronier ; ici il était impossible de songer à l'extirpation. Il l'a guéri à l'aide d'injections de sérum gélatineux.

Le professeur Berger nous a lu un très intéressant rapport sur un travail de Jeanbrau touchant la survie après l'amputation inter-scapulo-thoracique pour tumeur maligne.

L'observation qu'il nous a envoyée présente la plus grande analogie avec celle que M. Berger vous a présentée lui-même et confirme ce que l'on sait de l'innocuité de cette opération.

La statistique de Jeanbrau basée sur l'examen de 188 cas est intéressante : elle accuse une mortalité opératoire de 5,2 p. 100 et une survie moyenne de vingt et un mois pour ceux des opérés qui succombent ultérieurement à la récidive ou à la généralisation, de trois à cinq ans pour les autres.

M. Berger a poussé plus loin l'analyse des cas et recherché les différences que présentaient dans leurs résultats les opérations selon le siège et la nature de la tumeur.

Ces résultats sont intéressants à connaître ainsi que les déductions cliniques qu'on en peut tirer.

La *chirurgie du poumon* a été abordée par Tuffier dans son rapport sur un cas d'Autipas, de Constantinople.

Il envisage le traitement de la dilatation des bronches par la pneumotomie. C'est l'affection dont le traitement opératoire semble le plus discutable, et d'ailleurs l'observation actuelle ne saurait élucider la question.

Mais Tuffier nous signale trois faits de sa pratique et insiste sur les avantages qu'on peut retirer des résections costales dans certains cas bien déterminés.

A ce propos, il soulève la question des chambres pneumatiques destinées à éviter le pneumothorax au cours de l'opération. Potherat et Lejars qui ont vu fonctionner ces chambres à l'étranger pensent que cette question vaut la peine d'être étudiée.

Delbet a fait avec succès deux pneumotomies pour dilation bronchique. Broca pense qu'en raison de la diffusion des lésions, la chirurgie est le plus souvent impuissante dans ces cas. Il vous communique également un cas de Gaudier (de Lille). de vomique par dilatation bronchique probable guéri par la thoracoplastie mais sans qu'on ait trouvé de caverne.

Sebileau nous rapporte deux beaux cas de corps étrangers des bronches extraits par la méthode bronchoscopique : un de ces cas appartient à Moure (de Bordeaux), l'autre lui est personnel.

Ils viennent s'ajouter à la liste déjà longue des heureuses interventions de la bronchoscopie et en montrer les bienfaits. A l'heure actuelle il existe bien une cinquantaine de malades qui doivent à la méthode de Kilian d'avoir échappé aux complications si souvent mortelles des corps étrangers des bronches. M. Sebileau préfère la bronchoscopie inférieure facile et pratique grâce à la bouche trachéale, à l'élégante mais ardue bronchoscopie supérieure.

La question de réduire au minimum les mutilations opératoires dans les affections chirurgicales de l'utérus et des annexes a toujours préoccupé, quoi qu'on en ait dit, les chirurgiens de notre époque et on ne saurait trop les louer sous ce rapport.

Segond s'y est appliqué surtout dans les fibromes utérins.

Voilà Tuffier qui se demande dans une intéressante communication si on peut remplacer la castration utéro-annexielle par la simple ablation des trompes suppurées ou infectées, en conservant l'utérus et les ovaires.

En cinq ans, il a pratiqué cinq de ces opérations conservatrices avec un seul décès.

Il a remarqué que les récidives, quand elles se produisent, se font

par l'intermédiaire seul de la trompe : si à la suite d'une castration unilatérale on est amené à une laparotomie itérative, on constate le plus souvent l'intégrité du péritoine du côté opéré jadis, ce qui prouve que l'utérus n'a pas réagi de ce côté.

Et n'est-il pas toujours possible de supprimer par le curettage l'infection utérine?

On peut dès lors espérer obtenir ainsi la restitution *ad integrum* d'un petit bassin, même très largement infecté.

Dans l'opération ainsi pratiquée la ponte doit se faire dans le péritoine, mais l'anatomie pathologique prouve qu'il n'en résulte aucun inconvénient.

Les résultats immédiats sont peut-être moins normaux qu'à la suite de la castration totale : quelques douleurs, des nausées; deux fois, Tuffier a eu recours, avec succès du reste, à la colpotomie; mais, au point de vue des résultats définitifs, on peut dire que toutes les malades ont largement bénéficié de l'opération. Les règles deviennent régulières et les douleurs, quand elles existent, n'empêchent pas les femmes de travailler. C'est, à la vérité, un essai, mais dont les résultats semblent encourageants pour l'avenir.

Legueu, très partisan de ces tendances conservatrices, a pratiqué en onze ans 17 opérations de ce genre. Il a suivi 10 de ses opérées. Toutes ont continué à être réglées, toutes ont un bon état de santé général, mais les résultats locaux sont moins bons, parce qu'on a conservé des organes altérés ou trop altérés.

Dès lors, on est amené, en voulant sauvegarder la santé générale, à compromettre la santé locale. Aussi, ce sera faire œuvre de prudence que de ne pas abuser de la conservation et la restreindre à des cas relativement rares.

Routier déclare qu'il n'a pas été non plus très satisfait des résultats obtenus dans cette voie, et Faure a des tendances plutôt radicales.

L'opération conservatrice empêche la femme d'être mère. Ne faut-il pas mieux alors risquer les troubles, en général légers, de la castration totale, que de courir les chances d'accidents locaux et les dangers d'une opération itérative?

Delbet, dans une communication très étudiée et à laquelle il a su, comme toujours, donner un caractère très scientifique, envisage dans son ensemble toutes les opérations conservatrices qu'on peut être amené à pratiquer dans la sphère génitale, non seulement pour les comparer, mais aussi pour tirer des unes des conséquences sur la valeur des autres. Cette étude vaut d'être relue en entier; elle est exclusivement basée sur des observations personnelles

Notre collègue pense que les conséquences de la castration totale sont, en vérité, peu pénibles, et les résultats locaux de la conservation des ovaires bien peu encourageants.

Une présentation récente de Routier relative à une femme qui, à la suite de la conservation d'un ovaire, eut une hématocèle, ramène une nouvelle discussion et donne à M. Terrier, à M. Segond, l'occasion d'affirmer les mêmes opinions.

Messieurs, la clinique pure et l'anatomie pathologique ont été représentées cette année par plusieurs travaux intéressants.

C'est d'abord celui de Schwartz, sur le lipome périostique ; à propos de cinq observations personnelles, il nous présente une étude très complète de cette affection, et je veux vous en signaler quelques points intéressants.

Notre collègue en sépare d'abord les lipomes ostéo-périostiques qui pénètrent dans l'os (variétés exceptionnelles de Lannelongue et Chipault), il ne veut s'occuper que du lipome périostique qui diffère des précédents en ce qu'il adhère seulement au périoste ; et de cette adhérence il en décrit trois degrés. La multiplicité des attaches périostiques et leur degré variable d'intensité conduisent M. Schwartz à admettre qu'il y a des lipomes primitivement et secondairement périostiques. Ces lipomes, d'ailleurs, s'accompagnent de modifications osseuses de voisinage qu'il étudie avec détail.

L'auteur s'applique à élucider la pathogénie de l'affection. Quelques-uns auraient bien une origine ostéogénique, malgré la restriction qu'il fait à la formule de Lannelongue sur le siège de ces tumeurs.

Quelques détails intéressants sur les symptômes, l'évolution et le traitement terminent ce travail.

Reclus nous cite un cas qui rappelle par son adhérence aux os ceux de notre collègue.

Reboul vous apporte deux cas de fibrome périostique d'origine costale et développés dans la paroi abdominale.

Monod, Routier, Guinard citent de nouveaux cas.

Broca et Kirmisson discutent sur l'origine intra-méningée de certains de ces lipomes et leur confusion possible avec les méningocèles des habitées et engraissées. Walther et Sebileau insistent sur les lipomes périostiques congénitaux. Walther cite quatre cas de fibro-lipomes situés au niveau de l'extrémité supérieure du fessier. Tuffier, de son côté, en signale un cas fort intéressant de la face postérieure de la cuisse.

Lucas-Championnière, Nélaton, Picqué, signalent les lipomes sous-périostés de la nuque.

Voilà maintenant Lejars qui, à l'occasion d'une belle observation de Souligoux, étudie les rétrécissements tardifs de l'intestin consécutifs à l'étranglement herniaire et qui peuvent se présenter plusieurs années après l'étranglement sous forme d'occlusion aiguë. Notre collègue rapporte à trois types principaux les modes mécaniques et les occlusions tardives consécutives à l'étranglement :

1° Les compressions extérieures par adhérences et par brides et de formes anatomiques très diverses ;

2° Les rétrécissements intrinsèques occupant la paroi même de l'intestin ;

3° Les variétés mixtes qui résultent de la combinaison des deux premières et qui sont peut-être les plus fréquentes.

Au premier type doivent être rattachées les adhérences à la paroi abdominale et les coudures consécutives, les étranglements par brides épiploïques et les coudures en canon de fusil.

Au deuxième type se rattachent les rétrécissements constitués par l'épaississement fibreux et la rétraction cicatricelle de toutes les tuniques. Les formes mixtes restent les plus fréquentes. La pathogénie se réfère à deux facteurs principaux : la péritonite locale et la nécrose plus ou moins profonde et étendue de la paroi intestinale. Lejars attache une grande importance aux lésions du mésentère.

Quant à la fréquence, Lejars pense que le rétrécissement proprement dit est, en réalité, beaucoup moins rare qu'on ne pourrait le penser. Cependant les sténoses, selon quelques auteurs, et en particulier Haasler, sont susceptibles de s'élargir et de se modifier par la suite ; par contre, quand elles donnent lieu à des accidents, ceux-ci sont souvent très tardifs et pas toujours rapportés à leur vraie cause.

Quant au traitement, c'est entre la résection ou l'entéro-anastomose qu'il y aura le plus souvent lieu de choisir. C'est cette dernière qu'a utilisée Souligoux.

M. Berger pense que les accidents d'occlusion sont plus fréquents que ne le croit M. Lejars.

Sans nier le rôle des lésions mésentériques, il semble disposé à attacher plus d'importance peut-être aux lésions ulcéreuses de l'intestin qui ne se limitent pas toujours au siège même de l'étranglement et qu'on peut retrouver au-dessus et au-dessous dans une étendue variable.

Tuffier insiste de son côté sur la distinction des rétrécissements établie par Lejars.

Puis, c'est Mignon qui vient nous entretenir d'une affection musculaire rare dont il étudie les symptômes et la pathogénie, caractérisée par une hypertrophie partielle des muscles striés ;

elle est au tissu musculaire ce que le lipome est à la graisse : c'est une boule de fibres striées dans un muscle strié, et il en cite plusieurs cas personnels. Cette tumeur apparaît quand le muscle est en contraction, et cette affirmation soulève une intéressante discussion.

Poirier, Michaux et Guinard croient à la rupture musculaire, en raison de ce fait.

Legueu admet une hernie musculaire, et Hartmann rappelle que, dans ce cas, le muscle se durcit au moment de la contraction.

Delbet n'admet pas la rupture; un muscle déchiré ne se durcit pas : il change de forme, mais pas de consistance.

Potherat, Poncet, Arrou et Faure citent des cas semblables à ceux de Mignon, et montrent combien cette affection peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

C'est encore Rieffel qui nous présente une étude très soignée sur les affections de la bourse séreuse du biceps brachial.

C'est Kirmisson qui nous présente un rapport sur un cas de luxation en haut du 2e cunéiforme, luxation rare que Malgaigne n'avait fait que signaler et dont il n'existe actuellement que cinq cas.

Kirmisson nous a présenté encore son curieux cas de hernie de l'appendice iléo-cœcal, qui lui vaut les réflexions si judicieuses de Félizet.

Puis c'est Bazy qui nous présente son intéressant travail sur le rétrécissement congénital de l'urètre dont il étudie les symptômes et le diagnostic.

Grâce à cette patiente étude, cette affection qui naguère était considérée comme une curiosité rare, rentre dans la nosologie courante et notre collègue voit plusieurs chirurgiens de France et de l'étranger lui apporter des observations confirmatives.

Notre collègue nous a encore apporté cette année son étude sur l'albuminurie prémonitoire dans la tuberculose rénale, et dont il a observé 5 cas, et une autre étude sur le diagnostic précoce de la tuberculose rénale et dans laquelle il nous montre l'importance qu'il faut apporter à l'incontinence nocturne d'urine.

Le professeur Le Dentu nous communique son cas si intéressant de mxyochondrome branchial de la région submaxillaire droite, qui constitue un document précieux pour l'histoire des tumeurs d'origine branchiale du cou.

Enfin Rochard, à l'occasion d'un cas de Savariaud, vous présente une étude intéressante sur la hernie intercostale épiploïque, variété exceptionnelle observée autrefois par Cruveilhier et Cloquet. Il en étudie avec soin le mécanisme, les caractères anatomiques, les symptômes et le traitement.

Mais je ne veux pas clore cette partie de mon rapport sans vous parler du diverticule de Meckel, dont la hernie et l'étranglement ont été envisagés à deux reprises au cours de cette année.

C'est d'abord Broca qui nous a analysé un cas de Brin relatif à l'étranglement ou à l'inflammation du diverticule hernié. Sa présence seule ou accompagnée de l'anse sur laquelle il s'insère est très rare. Sur 2.000 cures radicales, Broca ne l'a jamais vu. Berger de même nous le dit expressément, mais cependant il en existe des observations probantes. Dans le cas de Brin, on constatait des lésions de deux ordres : la partie herniée était enflammée, indurée, adhérente. A sa limite, le collet avait marqué sa striction. Mais lequel avait commencé? Broca suppose que c'est l'inflammation avec étranglement du diverticule tuméfié dans un anneau inextensible. Les cas d'étranglement vrai du diverticule sont douteux, et il est certain, d'autre part, que les diverticules herniés s'enflamment facilement. La propagation de l'inflammation au péritoine est une complication toujours à craindre.

C'est maintenant Rieffel qui nous analyse une observation de Auvray, de hernie inguinale étranglée chez un enfant de sept semaines. L'intérêt de ce cas réside dans ce fait qu'au-dessous du collet du sac, le diverticule s'implantait sur l'intestin et s'enfonçait comme un coin entre les deux bouts de l'intestin.

D'après Auvray, le diverticule a dû s'engager le premier dans le conduit vagino-péritonéal préformé et attirer derrière lui l'anse grêle sur lequel il était implanté, jouant ainsi un rôle important dans la pathogénie de l'étranglement.

Rieffel n'accepte cette opinion qu'avec réserve; pour lui, il a agi à la façon d'un testicule en ectopie faisant office d'une soupape et s'opposant, dans une certaine mesure, à la rentrée des viscères. Le diverticule agit surtout, dit-il, quand il s'enroule autour d'une anse comprise dans une hernie.

M. Rieffel nous présente à ce propos une étude intéressante sur les hernies, d'ailleurs rares, du diverticule.

Citons encore l'étude histologique si intéressante de Tuffier sur l'adénome brunnerien à propos d'un cas de perforation du duodénum, et si nous rappelons celle de Poirier sur l'état des ganglions dans le cancer de la langue dont je vous ai entretenu plus haut, vous pourrez voir que la Société de chirurgie ne s'est désintéressée, en 1905, ni de la clinique pure ni de l'anatomie pathologique.

Il me faudrait encore de longues heures pour analyser tous vos travaux et je sais que le temps passe et que j'abuse de votre attention.

Laissez-moi cependant vous signaler les faits de rupture trau-

matique du rein présentés par Chaput, l'étude de Legueu sur l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses par la voie périnéale qu'il préfère à la voie inguinale; mon étude sur les luxations récidivantes de l'épaule et le délirium tremens, la communication de Richelot sur la dégénérescence du moignon cervical après l'hystérectomie, les plaies de la rate signalées par Fontoynont et Latouche, l'étude de Chaput sur la myorraphie des releveurs de l'anus dans le traitement des prolapsus génitaux de la femme, les observations de plaies du cœur qui vous ont été présentées par Lejars, Riche et par moi-même. Lenormant et Camus vous en ont adressé de nouvelles qui doivent bientôt être analysées par notre collègue Rochard; les faits de déciduome malin signalés par Monod, Lejars et par moi-même, enfin le travail de Reynier sur le traitement des plaies de l'estomac où il présente des considérations que ne semblent pas goûter la plupart de nos collègues et qui amènent un grand nombre d'entre vous à formuler leur opinion sur ce point spécial de la chirurgie d'urgence.

Enfin, un fait intéressant de Michon d'obstruction intestinale par calcul biliaire et que vous a analysé Potherat, un fait d'enfoncement de la voûte cranienne de Lenormant analysé par Demoulin et dans lequel il n'existait pas de commotion cérébrale, un beau cas d'épilepsie jacksonienne avec hémiplégie dû à un cysticerque de la zone rolandique guéri par la trépanation et que nous pouvons considérer avec Broca, rapporteur, comme un des plus nets que l'on puisse recueillir en chirurgie cérébrale.

Messieurs, la deuxième partie de vos séances est consacrée aux présentations, et le défilé qu'on y voit de malades ou de pièces en constitue bien la partie la plus vivante. Tantôt ce sont des résultats opératoires qu'on vient vous soumettre ou des cas délicats de diagnostic. Tantôt ce sont des pièces anatomiques curieuses comme espèces morbides ou intéressantes par dss détails de technique opératoire. Chacun de vous apporte ses idées personnelles. Le plus souvent, des discussions s'engagent qui se prolongent dans la séance suivante sous forme d'observations au procès-verbal. J'ai tenu, dans les Bulletins, à reproduire le plus fidèlement possible ces discussions nées à l'improviste, ces interruptions souvent faites d'un mot, mais qu'il est important de noter car elles marquent toujours des tendances particulières et représentent toute la pratique et l'expérience d'un chirurgien. C'est toute la pathologie et la pathologie en action et c'est vous tous qui y prenez part. Je me suis appliqué, au cours de ce rapport, à rappeler toutes celles qui se rattachaient aux discussions en cours,

mais je renonce à analyser les autres et même à les citer. Quel trésor de documents pour les jeunes qui veulent vous connaître et s'orienter utilement dans la pratique!

Messieurs, j'ai terminé ce trop long rapport.

Si je suis resté au-dessous de ma tâche, j'espère que vous voudrez bien tenir compte de mes efforts.

Je m'excuse près de mes collègues que je n'ai pas cités ou dont je n'ai rappelé qu'insuffisamment les travaux.

J'ai tenu, en insistant peut-être un peu trop sur quelques-uns d'entre eux, à montrer à ceux qui sont venus assister à cette séance annuelle que la Société de chirurgie, par l'activité inlassable de ses membres et l'importance de leurs travaux, constituait un foyer scientifique incomparable, et que, fidèle à l'esprit de ses fondateurs, elle méritait toujours de conduire le mouvement scientifique de notre époque.

PAUL-JULES TILLAUX

(1834-1904)

par M. CHARLES NÉLATON

Secrétaire général de la Société de Chirurgie.

Messieurs,

S'il est un bonheur au monde qu'un homme puisse envier, c'est d'être doué d'une qualité maîtresse qui le distingue entre tous et le place sans conteste au premier rang de ses contemporains.

Ce bonheur était échu à Tillaux. Par nature, il était professeur, et si la Faculté de médecine lui fit attendre pendant de longues années l'investiture officielle de ce titre, depuis longtemps déjà la foule de ses élèves, la voix publique, l'avaient proclamé un maître de l'enseignement.

Dès ses premiers essais, alors que tout jeune élève il apprenait à ses contemporains, à ses aînés, les connaissances qu'il venait d'acquérir la veille, il était déjà suivi et écouté avec plaisir. La faveur de ses disciples ne l'abandonna jamais, et son succès, toujours grandissant, toujours triomphant, avait atteint son apogée lorsqu'il fut enfin nommé à une chaire de la Faculté.

C'est par son talent de professeur que notre maître s'illustra. Ce fut ce talent qui le distingua, l'éleva et le rendit heureux. C'est lui qui reste comme la note dominante dans la grande figure de Tillaux et lui donne son caractère.

Aussi toutes les étapes de la vie que je dois aujourd'hui retracer devant vous, seront-elles marquées par des succès nouveaux remportés par la parole ou les écrits de notre ancien et illustre président.

Paul-Jules Tillaux naquit à Aunay-sur-Odon le 8 décembre 1834. Son père, François Tillaux, était dans ce village à la tête d'une tannerie qu'il dirigeait avec deux de ses frères, et leurs affaires marchaient à souhait.

La première enfance de notre ancien président se passa donc dans cette bourgade de Normandie, au milieu d'une famille aisée,

laborieuse et heureuse. En 1842, alors que Paul Tillaux atteignait huit ans, la mort de François Tillaux son père vint jeter parmi les siens une grande douleur et un grand désarroi. C'était la disparition d'un père respecté et aimé qui laissait quatre enfants (notre maître avait deux sœurs aînées et une sœur cadette), c'était la disparition du chef d'une industrie prospère.

Après cette mort, survenue en quelques semaines à la suite d'une affection aiguë, Mme Tillaux, qui était au dire de tous ceux qui l'ont approchée une femme d'une grande intelligence et d'un grand bon sens, essaya de continuer avec l'aide d'un de ses beaux-frères l'industrie de la famille. Mais elle reconnut bien vite que malgré son activité et son intelligence elle ne pouvait mener à bien son entreprise et elle l'abandonna pour s'occuper exclusivement de ses enfants.

Tillaux avait alors neuf ans; il fallait penser à son instruction. Un des vicaires du petit séminaire de Caen, familier de la maison, offrit ses services pour présenter le jeune élève au petit séminaire, où les études avaient la réputation d'être fortes et où lui vicaire pouvait exercer une surveillance active. Il fut écouté et Tillaux entra au petit séminaire comme pensionnaire, faisant d'ailleurs toutes ses études dans les classes du lycée de Caen qu'il suivait à titre d'externe. Il eut là, pour condisciples, au petit séminaire : Monseigneur Germain, évêque de Coutances, et Monseigneur Ducellier, archevêque de Besançon, et au lycée Léon Labbé, avec lequel il se lia d'une amitié qui eut sur sa carrière une influence énorme.

Il fut, paraît-il, au collège un bon élève, mais pas brillant, hormis pendant sa dernière année, car n'ayant aucun goût pour l'état ecclésiastique il n'avait qu'une idée : quitter au plus vite son milieu d'études. Aussi ayant obtenu la permission de se présenter au baccalauréat sans faire sa classe de philosophie (comme Léon Labbé l'avait fait l'année précédente) travailla-t-il sans relâche pour obtenir ce grade de bachelier à la fin de sa rhétorique. Ses efforts furent couronnés de succès et, une fois bachelier, heureux de s'envoler, il quitta le collège et le petit séminaire et vint passer les vacances à Aunay, dans sa famille, content d'avoir fini des études qui ne l'avaient jamais passionné, où il n'avait jamais occupé les premiers rangs, et très perplexe sur le choix qu'il allait faire d'une carrière où il voulait absolument réussir.

Il pensa tout d'abord être militaire et désira se présenter à Saint-Cyr, mais sa mère l'en détourna. Il eut alors l'idée d'étudier la médecine. Cependant le médecin d'Aunay ne le poussait guère à entreprendre une carrière vraiment difficile et aléatoire, le receveur

de l'enregistrement était du même avis, et ses oncles maternels médecins, les Drs Audes et Héloin, lui déconseillaient absolument de se lancer dans pareille aventure. Au bout de deux mois de vacances, de réflexion et d'incertitude, la décision de Tillaux était prise : il ferait de la médecine.

A la rentrée, Tillaux se fit donc inscrire comme étudiant à l'Ecole de médecine de Caen. Dès lors ce ne sera plus l'élève mou, indifférent du lycée ; il a trouvé sa voie, il a le goût du travail, la passion de son métier. Comme Labbé qui lui donne l'exemple, au bout de six mois, en mai, il se présente à l'externat des hôpitaux de Caen et il est reçu. Aussitôt se remettant au travail il prépare en même temps l'internat et le prosectorat, faisant des questions d'examen tout le jour et une partie de la nuit. Il habite alors dans le voisinage d'un brave jardinier qui s'étonne que ce jeune homme se couche si tard et marche en parlant dans sa chambre presque toute la nuit.

Nommé prosecteur au mois de novembre suivant, il est interne quelques semaines plus tard, c'est-à-dire un peu plus d'un an après avoir commencé ses études.

Installé interne à l'Hôtel-Dieu de Caen, dans le service de M. Leprestre, Tillaux continue son travail ; c'est alors pour la première fois que son goût pour l'enseignement se fait jour, que ses aptitudes se révèlent. Déjà il a quelques élèves qui l'entourent, le suivent assidûment, le paient et lui permettent de ne plus être à charge à sa famille. Mais dès ce moment il ne parle à ses élèves qu'après avoir mûrement établi ses leçons et il passe toutes ses après-midi dans sa chambre, absorbé par cette préparation.

Dans cet Hôtel-Dieu de Caen il habite, tout en haut de l'hôpital, une petite chambre qu'il affectionne tout particulièrement, car par sa fenêtre il aperçoit la Troche d'Ondefontaine, massif d'arbres de haute tige qui domine la hauteur au pied de laquelle est situé Aunay. Bien des fois à la fin de sa journée, Tillaux regarda la Troche d'Ondefontaine, pensant sans doute à la journée du dimanche où il allait presque chaque semaine retrouver tous les siens.

Au cours de cette année d'internat à Caen un fait important se produisit : un interne des hôpitaux de Paris arriva à Caen et, pour une raison quelconque, étant entré à l'Hôtel-Dieu, il resta à déjeuner avec les internes.

C'était aux yeux des internes de Caen un personnage important que cet interne parisien. Les récits qu'il fit de la pratique hospitalière de Paris, de l'enseignement qui était donné dans cette ville, des progrès chaque jour réalisés, firent une forte impression

sur l'imagination de Tillaux et lui firent concevoir le désir de venir lui aussi terminer ses études à Paris.

Lorsque le dimanche suivant il arriva à Aunay, il raconta à sa mère cette visite dont il était encore profondément troublé, il lui dit quels hommes étaient ces internes de Paris et lui laissa entrevoir quel serait son rêve s'il n'hésitait vraiment à se lancer dans pareille entreprise.

Mme Tillaux, elle, n'hésita pas et, loin de laisser son fils dans l'incertitude, leva toutes les hésitations. Pourquoi son fils n'irait-il pas à Paris? Pourquoi ne ferait-il pas une carrière brillante puisqu'il était intelligent et que le travail ne lui faisait pas peur? Ainsi fut décidé le départ pour Paris à la rentrée prochaine.

Telle est au moins la légende, telle est la version qui m'a été racontée. Mais on n'oubliera pas que l'année précédente Léon Labbé avait quitté l'internat de Caen sous un prétexte imaginé par lui-même. Un des internes avait été renvoyé de l'hôpital pour une faute contre la discipline et Labbé avait déclaré se solidariser avec lui. C'était de son propre aveu tout simplement pour venir à Paris. L'année suivante Tillaux était pris du même désir, et la venue de cet interne de Paris, qui après tout était peut-être du Midi, ne fit guère qu'aviver des désirs existant déjà depuis longtemps.

Le mois de vacances qui précéda le départ pour Paris se passa à Aunay avec une grande gaîté. La famille Tillaux constituait un centre de jeunesse; les sœurs de l'étudiant, ses cousines, ses amis se réunissaient, et l'on s'amusait franchement et on riait et on dansait. Même, un soir, c'était le jour de la fête patronale d'Aunay, dans un tourbillon de valse on fit craquer la cloison qui séparait le salon de la salle à manger.

Le lendemain, Tillaux montait en diligence et partait pour Paris, où il descendait dans un logement peu luxueux, au 21, de la rue Monsieur-le-Prince.

Alors commença pour lui la vie de travail assidu de tout bon candidat aux concours; vie que nous avons tous menée avec une énergie et une volonté plus ou moins grande, mais qui nous a laissé à tous, je crois, le meilleur des souvenirs. Aussi n'est-ce pas sans étonnement que je trouve dans le remarquable éloge de Tillaux, fait par Reclus, la phrase suivante : « Il se prépara à l'internat et vécut avec ses camarades de cette vie absurde à laquelle peu d'entre nous ont échappé, où l'on travaille le jour, où l'on travaille la nuit, où l'on ne mange plus, l'œil fixé sur le fantôme muet, le sphynx, la question qui sortira de l'urne. »

Voyez-vous Tillaux ne mangeant plus, la face blême, l'œil fixé sur le fantôme muet, la question qui sortira de l'urne? Moi, non,

je ne le vois pas, et ses contemporains non plus ne le voyaient pas ainsi. Pamard, Labbé, Périer m'ont tous affirmé que Tillaux était à cette époque, comme il fut toujours, le joyeux vivant, le gai convive que nous avons tous connu.

Il est certain que les années de préparation à nos différents concours sont des années de labeur, et de labeur opiniâtre, mais pourquoi dramatiser les choses? Chacun travaille tant qu'il peut, et voilà tout. Et ce n'est pas absurde. Ne voyons-nous pas tous les jours des gens faire des exercices physiques pour développer leurs muscles afin d'avoir de gros bras? N'est-il pas naturel que les candidats à nos concours exercent leur cerveau pour le développer, faire de bonnes épreuves, et devenir des hommes instruits?

D'autant mieux que plus l'effort est grand, plus grande aussi est la satisfaction de la tâche accomplie et Tillaux, qui ne reculait pas devant le gros travail, était un des plus gais vivants parmi les étudiants.

Grâce à ce labeur qui ne lui donnait que plaisir, il arriva facilement à l'externat le deuxième de sa promotion, en 1855; l'année suivante, il était interne provisoire et titulaire en 1857, toujours à la suite de Léon Labbé qui avait été nommé interne en 1856.

Dans l'internat, il eut pour chefs : Giraldès, Gosselin, Denonvilliers et Nélaton. Deux de ces maîtres eurent sur sa carrière une influence réelle : Gosselin, qu'il aima et qui lui donna le goût de l'étude et de l'observation scrupuleuse des malades, et Nélaton, qui eut sur l'orientation de ses facultés d'enseignement une très grande action.

Lorsque Tillaux devint l'interne de Nélaton il fut, comme beaucoup d'autres, séduit par l'enseignement auquel il assistait; il fut frappé de la clarté d'une description facilitée par un dessin schématique. Un jour, comme il faisait part à son maître de l'intérêt qu'il prenait à ses cours, il lui dit : « M. Nélaton, vous êtes bien heureux de savoir dessiner; cela vous permet de vous faire toujours comprendre et cela donne à vos leçons un intérêt particulier ». Nélaton lui répondit : « Mais vraiment je ne sais pas dessiner, et je n'ai jamais appris à dessiner; j'établis sur le tableau un schéma qui correspond à ma pensée qui se rapproche le plus possible de la vérité matérielle, de façon à permettre à mon auditoire de suivre la description que je donne. Apprenez à exposer ainsi vos idées au tableau, apprenez à dessiner un schéma, vous y réussirez tout comme moi. »

Cette phrase que mon père répéta bien souvent, et qui, généralement, ne fut pas comprise, Tillaux en fit son profit. Dès ce jour,

il s'exerça à faire l'enseignement au tableau; il y acquit un véritable talent qui consacra le succès ininterrompu de ses leçons.

A ce moment Tillaux finissait sa quatrième année d'internat et il était déjà aide d'anatomie, titre qu'il avait obtenu dès sa deuxième année. C'est pendant la préparation de ce concour d'adjuvat qu'il avait fait la connaissance de M. Périer, ami d Labbé, qui les avait aidés tous deux dans la préparation des pièces sèches.

A dater de ce concours, l'amitié entre Labbé, Tillaux et Périer fut grande; ils ne se quittaient jamais, travaillaient ensemble, s'amusaient ensemble et leur trio inséparable les faisait appeler « les trois Normands », bien que M. Périer fût simplement Parisien.

En 1863 Tillaux se présentait pour la deuxième fois au concours du Bureau central; il y fut nommé, précédant cette fois Labbé, qui n'entrait au Bureau central qu'en 1864. Mais cette même année il échouait au concours de l'agrégation où Guyon, Le Fort, Panas et Labbé le devançaient. Il devait prendre sa revanche en 1866, au concours suivant, où il était proclamé le premier de sa promotion.

Pendant toute cette période de concours et de travaux préparatoires, Tillaux avait peu écrit, tout son temps était consacré à l'étude et il s'exerçait sans relâche à l'enseignement. D'abord comme aide d'anatomie et comme prosecteur dans les pavillons, puis comme professeur libre dans des cours publics faits à l'Ecole pratique : cours de diagnostic chirurgical, de pathologie externe et d'histoire de la chirurgie. Ses leçons étaient suivies avec ferveur et, dans l'amphithéâtre n° 3 de la vieille Ecole pratique, le plus grand de ces trous sombres et sans air que surplombaient les toits du musée Dupuytren, venaient s'empiler à chacune de ses leçons tous les élèves qui pouvaient s'y loger.

C'est probablement la renommée de ces cours préparatoires qui décida M. Husson, alors directeur de l'Assistance publique, à choisir Tillaux comme successeur de Serre à l'amphithéâtre des hôpitaux. Sinon je ne sais pas et je n'ai pas pu savoir ce qui aurait déterminé ce choix. Aucun des maîtres de Tillaux n'avait l'oreille de M. Husson et Tillaux ne connaissait pas M. Husson. Ce directeur de l'Assistance publique était peut-être après tout indépendant et grand connaisseur d'hommes; il ne faut pas oublier qu'il nomma Tillaux directeur de Clamart et obligea Guyon à prendre le petit service Civiale à Necker.

Serre venait de mourir à 82 ans, il ne s'était jamais occupé que de l'administration de Clamart et pas du tout d'enseignement. Vers la fin de sa vie, Clamart était même quelque peu abandonné par lui.

Lorsque Tillaux prit la direction des travaux, il était jeune,

plein d'ardeur, il entendit transformer les choses. Dès 1869 et dans le premier semestre de 1870 il commença des cours d'anatomie chirurgicale. Il les faisait à 4 heures, à la fin de la journée de dissection, et tout de suite il fut entouré d'un nombreux auditoire. Ce n'étaient pas seulement les élèves des pavillons qui remplissaient l'amphithéâtre, mais une foule d'étudiants venus de partout et que l'éloignement de Clamart ne rebutait point.

Cependant les événements allaient bientôt interrompre ces leçons si brillamment commencées. La guerre éclata.

En même temps que directeur de Clamart Tillaux était chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. Comme tout le monde, confiant dans l'issue heureuse des combats, il n'avait tout d'abord pas songé à quitter son service pour porter son activité sur les champs de bataille. Mais bientôt les revers survenaient et se succédaient, on demandait des secours de tous côtés, des chirurgiens, des infirmiers pour les malheureux blessés qui s'accumulaient à la frontière, et la Société française de secours aux blessés faisait partir plusieurs ambulances pour le théâtre de la guerre.

Tillaux offrit alors ses services à la Société de secours aux blessés et partit avec la 11e ambulance organisée par un groupe de personnalités protestantes.

« On peut trouver, nous dit Chaume, un des internes de Tillaux, dans l'organisation de la 11e ambulance, quelque chose de spécial qui tenait au sens pratique de Tillaux. Au lieu d'une ambulance *à cheval* à grand effet comme les précédentes (ambulances dont on s'était quelque peu moqué, puisque Liégeois, directeur de la troisième ambulance, entrant à Metz, fut pris pour un chef de cirque), il créa *le chirurgien à pied.* » C'est ainsi que nos chirurgiens (au nombre desquels était Peyrot, qui a bien voulu nous fournir tous les renseignements suivants) partirent, traversant Paris sac au dos le 4 septembre.

C'est à Sedan même qu'ils se rendirent immédiatement. Dès son arrivée, l'ambulance se mit à fonctionner. 500 blessés environ pris parmi les plus graves furent installés dans des maisons et soignés comme dans un hôpital régulier, et au bout d'un mois la plupart des blessés qui avaient été hospitalisés pouvaient être évacués comme convalescents vers des villes du Centre. Alors commença pour la 11e ambulance une véritable odyssée. Tillaux ne consentant pas à rester inactif et voulant obéir à la formule qu'il s'était imposée : « Etre très utile et aller de l'avant », vint se mettre à la disposition du gouvernement de Tours vers le milieu d'octobre. On l'envoya immédiatement à Épinal rejoindre

l'armée du général Cambriels. Il devait avoir là de sérieuses difficultés.

Dès son arrivée à Épinal il était parti dans une carriole accompagné de son élève de Seyne, allant en exploration et cherchant le point où il allait pouvoir utilement se porter ; il rentrait de cette tournée, non sans avoir recueilli dans sa voiture un malheureux soldat éreinté de fatigue, lorsqu'il fut rejoint et arrêté par les éclaireurs des troupes allemandes qui déjà arrivaient à Epinal.

Son cas paraît-il était mauvais et la présence d'un soldat dans sa voiture n'était pas régulière ; il dut s'expliquer avec les officiers allemands. Mais son exubérante franchise et sa parole convaincante eurent vite établi la réalité des faits et Tillaux ne fut pas inquiété.

Les armées allemandes avançaient, la 11e ambulance les gênait ; on lui permit de se rapprocher des troupes françaises mais en lui imposant de passer par la Suisse. C'est ainsi que par un long détour, rendu difficile par le transport d'un matériel important, par le voyage d'un nombreux personnel, Tillaux arriva enfin à Lyon après avoir traversé le grand-duché de Bade et la Suisse.

Il avait alors reconnu les inconvénients de sa trop grande ambulance. Il la réduisit de plus de moitié et voulut rejoindre l'armée de la Loire. Mais il arriva au moment où déjà le 20e corps battait en retraite, et après maintes difficultés vint installer son ambulance dans les environs de Bourges, aux forges de Mazières, où M. de Vogüé lui organisa un véritable hôpital.

On resta dans cet hôpital improvisé jusqu'à la fin de la guerre, et 5 ou 600 blessés venant de l'armée de la Loire y furent soignés. A Mazières, notre maître n'avait pas été long à reprendre ses habitudes de chirurgien et de professeur ; il faisait une visite régulière, exposait à ses élèves Peyrot, Chaume et Veyssière, les raisons qui guidaient son action et même, lorsque l'occasion s'en présentait, ne négligeait pas de les façonner à la médecine opératoire.

Enfin la guerre se termina et Tillaux rentra à Paris le 4 mars. Aussitôt il se sentit malade et, pressé de revoir les siens, partit pour Aunay. A son arrivée, il dut prendre le lit, atteint d'une fièvre typhoïde grave qui le tint en danger pendant plusieurs semaines. Il n'était donc pas à Paris pendant la Commune, resta assez longtemps en Normandie et ne reprit réellement son activité qu'en 1872.

Cette année 1872 marque l'étape la plus heureuse de la vie de Tillaux. Elle lui donna une grande joie. Appelé par le roulement

de l'agrégation à remplacer Denonvilliers dans le cours de médecine opératoire, il n'abordait cette mission qu'avec les plus grandes craintes. Remplacer un homme comme Denonvilliers n'était pas chose facile. Denonvilliers était non seulement un érudit, mais un professeur délicat, fin, captivant son auditoire par des qualités de distinction et de parole restées légendaires. Il ajoutait à ces dons une adresse manuelle et une habileté qui le faisaient considérer comme le chirurgien le plus correct de son temps.

On comprend de reste l'anxiété de Tillaux lorsqu'il prit cet intérim ; n'allait-il pas paraître notoirement inférieur au maître dont il prenait la place? n'allait-il pas perdre en même temps la faveur des élèves qu'il avait déjà conquise ? Cette crainte fut rapidement remplacée par une immense satisfaction. Dès les premières leçons son succès s'affirma. Son enseignement n'était plus le même que celui de Denonvilliers ; plus jeune, plus vivant, plus vibrant, il attirait à lui tout le monde et le grand amphitéâtre devenait trop petit pour contenir la foule toujours croissante de ses auditeurs.

« Qui n'a pas assisté à ses cours, nous dit Reclus, ignore à quel degré l'enthousiasme peut transporter un auditoire. Longtemps avant la leçon, les gradins étaient pris d'assaut au milieu des cris, des rires, des interpellations des nouveaux arrivants. Toute place était bonne d'où l'on pouvait entendre la voix du professeur, et les embrasures des fenêtres, les corridors eux-mêmes étaient pleins. Tout à coup, un profond silence, puis un murmure, un frémissement sourd, tel celui qui précède l'orage, et soudain un écroulement de bravos accueillait l'entrée du maître... » Et plus loin Reclus ajoute encore : « Et les applaudissements inlassables qui saluaient la fin de sa leçon disaient la reconnaissance des élèves pour tout ce que le maître venait de dépenser de lui-même. »

Un des souvenirs les plus vivants de ma vie d'étudiant est d'être entré, un soir d'hiver de cette année scolaire 1872-1873, dans le grand amphithéâtre de l'École.

Ce soir-là, Tillaux faisait une leçon sur la kélotomie. Suivant son habitude, il avait donné, avant d'aborder la description de la technique opératoire, un exposé anatomique de la région inguinale. Au tableau, il avait exécuté un schéma montrant toutes les particularités qu'il voulait mettre en relief, et ces prémisses posées, il en avait tiré une leçon qui me parut d'une clarté, d'une précision admirables et d'un intérêt puissant.

Comme la plupart des auditeurs, j'étais rentré chez moi enthousiasmé, et comme le soir même j'exprimais mon admiration

devant mon père, déjà bien souffrant et bien diminué, il devait mourir quelques mois plus tard, je le vis rayonnant de joie. « Tillaux est un de mes anciens internes, me dit-il, et c'est moi qui lui ai montré ce que vaut l'enseignement au tableau ; je suis heureux de son succès. » Le vieux maître prenait ainsi sa part à l'enthousiasme général.

Un grand succès comme celui qu'obtenait Tillaux n'allait pas sans lui donner de grandes satisfactions; lorsqu'au sortir d'une leçon où l'amphithéâtre était comble, Tillaux, rouge, excité, couvert de sueur et content, rentrait dans le vestiaire; il aimait, s'adressant à l'appariteur qui le précédait, s'écrier : « Eh bien! père Claude, combien y avait-il d'élèves aujourd'hui? » Et lorsque le vieux massier lui répondait : « Je ne sais pas, Monsieur, mais il ne pouvait pas en tenir davantage dans l'amphithéâtre », il était ravi.

Cependant, une fois le remplacement de Denonvilliers terminé, Tillaux reprend son enseignement d'anatomie à Clamart, et cet enseignement, qui avait été simplement ébauché avant la guerre, interrompu en 1872 et 1873 par les exigences du cours professé à la Faculté, acquiert alors toute son importance, tout son éclat.

C'est à partir de 1873 que les cours d'anatomie de Clamart sont le plus suivis; c'est à ce moment que, sur la sollicitation de ses élèves, Tillaux se décide à faire paraître son *Traité d'anatomie chirurgicale*, qui n'est que la reproduction de ses leçons. Ce traité, paru en 1877, eut un succès énorme; aujourd'hui encore, il est entre les mains de tous les étudiants, de tous les praticiens.

En même temps que ses leçons d'anatomie à Clamart, Tillaux faisait tous les jours de l'enseignement chirurgical pratique dans les services d'hôpitaux qu'il occupait : à Saint-Antoine, à Lariboisière et à Beaujon.

Mais ces cours se faisaient pour ainsi dire en petit comité, ils étaient ouverts à un très petit nombre. Aussi, lorsque l'ancienneté permit à Tillaux de prendre le service de l'Hôtel-Dieu en 1885, ne laissa-t-il pas échapper cette occasion d'avoir un véritable enseignement clinique que la Faculté ne lui fournissait toujours pas. A l'Hôtel-Dieu, il avait du monde, de l'espace, un grand amphithéâtre, et, sans être professeur, il commença des leçons où les élèves affluèrent.

Il était alors en réalité à l'apogée de sa carrière. Il avait été président de notre Société en 1880; l'Académie lui avait ouvert ses portes dès 1879, et depuis de longues années déjà, partout, à Clamart, à l'École comme agrégé, puis à l'Hôtel-Dieu, il avait été l'idole des étudiants. Sa réputation de chirurgien était établie par

des milliers d'élèves. Sa notoriété et sa popularité étaient sans pareilles.

Son succès, à quoi le devait-il? A ceci : Tillaux n'entrait jamais dans un amphithéâtre sans être pénétré d'une idée qu'il voulait non seulement exposer, mais faire prévaloir et inculquer à ses élèves. C'est à présenter cette idée d'une façon nette et précise que tous ses efforts convergeaient. Il s'y employait par la parole, par le dessin, par le geste, et il y réussissait toujours magistralement parce que sa conviction éclatait.

Lorsqu'il avait laborieusement examiné une question, qu'il avait travaillée, mise au point, il en était pénétré et n'admettait plus le doute sur les conclusions auxquelles il était arrivé. Ses leçons sur la thérapeutique des fractures de la rotule en sont un exemple. Il n'admettait pas la suture de la rotule dans les cas de fractures simples, parce qu'il savait que cette opération faisait courir des risques de mort au patient. Or, il estimait qu'il n'avait pas le droit de tenter la fortune, même en ayant presque toutes les chances pour lui, et il répétait toujours : N'y eût-il que le danger de l'anesthésie, le chirurgien n'a pas le droit d'affronter pareil risque.

Son siège était fait; lui eût-on présenté les plus belles statistiques, les résultats les plus séduisants, son appréciation n'eût pas varié.

Pour la plupart des affections chirurgicales, il avait ainsi établi, par le travail, l'observation et l'expérience, une série de règles thérapeutiques dont il ne se départissait jamais, qu'il appliquait sans hésitation et enseignait autour de lui. Aussi cet enseignement dégagé de tous les doutes, de toutes les incertitudes qui peuvent continuellement assaillir l'esprit de beaucoup d'entre nous, était-il saisissant ; il avait une puissance et une portée considérables.

Joignez à cela l'impression produite par l'homme lui-même, et vous comprendrez l'enthousiasme provoqué par ses cours. Tillaux, grand, puissant, avait une allure superbe. De longs cheveux rejetés en arrière, des yeux perçants, une lèvre mince et rasée, une large face encadrée de longs favoris, lui donnaient une physionomie reflétant la force et la bonté. Lorsqu'aux passages les plus palpitants de ses leçons, il parlait debout, la tête et le buste portés en avant, les yeux actifs et enflammés, les bras écartés du tronc, lançant, poussant en quelque sorte la démonstration, sa parole était si vibrante, si convaincue, qu'elle entraînait les plus tièdes.

D'aucuns ont pu dire qu'à la clarté, à la simplicité, il sacrifiait l'exactitude minutieuse; d'aucuns ont pu regretter sa tournure

d'esprit, qui le portait à simplifier tous les grands problèmes de notre art pour en tirer des équations rendues ainsi plus faciles à résoudre. Mais ceux-là n'étaient peut-être pas doués de qualités d'enseignement égales à celles de Tillaux. Ceux-là ne comprenaient peut-être pas aussi bien l'art du professeur qui sait faire valoir sa doctrine, mettant en lumière les idées maîtresses, laissant dans la pénombre ou dans l'ombre ce qui n'est qu'incidence.

Je sais bien que l'on peut critiquer l'enseignement élémentaire; je sais bien que quelques-uns, parmi les meilleurs de nos maîtres, n'ont cherché à parler qu'à l'élite des élèves, ne s'adressant qu'au premier rang de l'amphithéâtre pour l'élever jusqu'à eux, dédaignant d'abaisser leur enseignement pour satisfaire la masse qu'ils négligent.

C'est une manière de faire, et il serait aussi déraisonnable de la critiquer qu'il était peu sage de reprocher aux leçons de Tillaux leur caractère élémentaire. Nul ne peut réunir les suffrages de tous. Les uns aiment les conceptions simples, larges et claires; d'autres préfèrent la minutie et l'exactitude scrupuleuse. Tant mieux, cela prouve la diversité de nos esprits, et puisque notre race peut produire ces différents types de professeur, sachons les apprécier tous les deux au lieu de les critiquer tour à tour, et soyons fiers de pouvoir rencontrer dans notre pays toutes les variétés de talent.

En 1890, Tillaux fut nommé professeur : ses vœux les plus chers étaient exaucés, il était professeur de cette chaire de médecine opératoire où il avait eu ses premiers triomphes. C'était le rêve formé en 1873 qui se trouvait réalisé.

A maintes reprises déjà l'espoir qu'il avait eu d'entrer à l'Ecole avait été déçu. Les nominations de Lefort, Duplay, Lannelongue avaient remis, toujours à plus tard, son accès à la Faculté.

Lorsqu'il fut nommé, sa joie fut grande car le couronnement de sa carrière avait été difficile à obtenir; il oublia les mauvais jours et fut tout à son bonheur.

A dater de ce moment d'ailleurs tous les honneurs qu'il pouvait ambitionner lui arrivèrent coup sur coup et par la force des choses. Il avait été président de notre Société en 1880, il fut désigné en 1894 pour être président du Congrès de chirurgie. Nommé membre de l'Académie de médecine en 79 il en devenait président en 1904, chevalier de la Légion d'honneur en 1871 après la guerre, il fut promu officier en 92, commandeur en 95, puis grand-officier en 1904.

Cependant, c'est à dater de ce moment que la marche ascendante de Tillaux s'arrêta.

En s'installant à la chaire de médecine opératoire en 1890, il y retrouva son auditoire toujonrs fidèle, toujours assidu, peut-être cependant moins enthousiaste qu'aux premières années. En 1894, il abandonna le cours de médecine opératoire et prit la chaire de clinique de la Pitié. A la Pitié, il recommença avec la même méthode, avec les mêmes principes les leçons de clinique qu'il faisait jadis à l'Hôtel-Dieu. L'auditoire était toujours nombreux, mais ce n'était plus la foule, il ne provoquait plus l'enthousiasme des jeunes, il n'était déjà plus à la tête du mouvement chirurgical.

Enfin au moment où Verneuil donna sa démission, il passa à la suite d'une série de mutations à l'hôpital de la Charité où, avec le même enseignement, il resta jusqu'à sa mort, non pas par sa volonté, mais par le fait des circonstances.

La retraite prématurée de Farabeuf avait laissé la chaire d'anatomie vacante. A la stupéfaction générale, Tillaux avait demandé à l'occuper. Faut-il accepter de cette demande l'explication qu'en donne Reclus, faut-il répéter avec lui : « La veille de sa retraite, le vieux maître avait senti remonter en lui le flot des souvenirs; il désira revivre les inoubliables succès des leçons d'anatomie d'antan, il eut la nostalgie des auditoires houleux; il voulut finir comme il avait commencé dans le grand amphithéâtre rempli jusqu'au dernier gradin »?

Je ne le crois pas, et je crois que la pensée de Tillaux lorsqu'il fit cette demande était plus élevée et plus noble; avec son grand bon sens et sa grande conscience il n'avait pas été sans s'apercevoir qu'il ne dominait plus l'enseignement clinique comme il l'avait fait jadis. Bien des fois il répétait à ses élèves : Je ne sais pas cette chirurgie abdominale, du foie, de l'estomac, de l'intestin dont vous me parlez et je suis trop vieux pour l'apprendre; faites-la. Et bien des fois aussi il confia dans son service à ses anciens élèves des opérations qu'il ne voulait pas entreprendre. Je pense que telle est la clef de ce qui parut alors une énigme. Tillaux ne se sentant plus la force d'être à la tête de l'enseignement clinique, mais ne voulant pas abandonner un auditoire sans lequel il ne pouvait vivre, désirait se retirer dans la chaire d'anatomie dont il sentait les responsabilités moins sévères et moins lourdes.

Quoi qu'il en soit, la permutation acceptée par ses collègues à une faible majorité fut repoussée par la section permanente et Tillaux continua ses leçons de la Charité que la maladie seule devait bientôt interrompre.

Si j'attribue à un sentiment de conscience exagérée l'idée

qu'avait eue Tillaux de prendre la chaire d'anatomie, c'est que tout dans sa vie de chirurgien d'hôpital nous montre à quel degré il sentait sa responsabilité, à quel degré il était l'esclave de son devoir.

Depuis l'époque où la direction d'un service lui avait été confiée Tillaux s'acquitta de ce soin avec une exactitude et une conscience exemplaires : jamais il ne manquait à son service, il n'y avait pour lui ni dimanche, ni jours de congés, ni vacances.

Tous ses malades étaient minutieusement examinés, scrupuleusement et exactement soignés.

Le traitement des fractures à l'aide des appareils plâtrés, qu'il fut l'un des premiers à bien appliquer, était chose importante pour lui; les réductions de luxations, les diverses interventions sur les membres étaient l'objet de soins assidus, et lorsqu'une affection plus importante rendait nécessaire une intervention dangereuse, le malade était entouré de la plus vigilante sollicitude.

Chaque jour, à la traversée de ses salles, lorsqu'il constatait que tout allait bien, il éprouvait un véritable plaisir, et lorsqu'il pensait être sûr de la guérison d'une opération importante et scientifiquement intéressante, il avait de la joie.

En 1878, il venait de faire pour la première fois, à Beaujon, une hystérectomie abdominale; la malade allait bien. Vers le quinzième jour après l'opération, alors que la guérison ne faisait plus de doute, il me rencontra dans la cour de l'hôpital où j'étais alors interne, et m'interpellant, il me dit : « Nélaton, votre père me disait : Nous opérons les kystes de l'ovaire et nous les guérissons. C'est bien, mais comme ce serait beau de guérir les fibromes! — Eh bien! mon petit, nous les guérissons les fibromes. Allez voir ma malade, elle est superbe, elle est guérie. » Et son bonheur était complet.

Chaque guérison un peu délicate obtenue dans son service le rendait du reste heureux et l'attachait au malade qu'il avait sauvé. Il aimait le présenter à ses élèves, il aimait le revoir et lui témoignait son intérêt par deux ou trois paroles toujours très simples et très bonnes. Aussi tous ses malades l'adoraient-ils.

Tous les ans, à la Saint-Paul, c'était fête dans le service; les salles se décoraient, des guirlandes reliaient tous les lits, et des banderoles, pendant sous forme d'oriflammes, portaient inscrits sur leurs faces les vœux et les souhaits de toute la salle pour la santé et le bonheur du chef.

Lorsque Tillaux entrait, il trouvait réunie la foule de ses anciens opérés venus pour lui serrer la main, venus pour lui témoigner leur constante et fidèle reconnaissance.

A la salle des femmes, chacune s'avançait vers lui avec un bouquet, et lui, les reconnaissant tour à tour, s'écriait avec joie : Ah! voilà la grosse Marie... Tiens! tu ne nous as pas oubliés, Germaine, etc., etc.; et, prenant le bouquet qu'on lui présentait, il embrassait chacune d'elles sur les deux joues, les reconnaissant toutes et disant à ses élèves : Celle-là avait un énorme kyste; celle-ci, un gros goitre, celle-là encore une terrible fracture, etc. Sa mémoire était fidèle, et son cœur toujours bon.

La même bonté, la même bienveillance se retrouvaient dans les rapports de Tillaux avec ses élèves. Ses internes étaient ses enfants, et il suffit d'entendre raconter par quelques-uns d'entre eux quel plaisir il avait, après une opération faite en ville, à les ramener déjeuner chez lui pour deviser, en vrai camarade, autour de la table dressée dans sa chambre à coucher; il suffit de leur entendre dire avec quelle chaleur il les recevait le 1er janvier, leur faisant des souhaits sincères, leur donnant des conseils judicieux, pour comprendre combien le chef était aimé de tous. A tous il avait rendu service, à tous il avait témoigné de l'intérêt

Si Tillaux était affable et bon avec ses élèves, il n'était ni faible ni banal. Il ne permettait pas qu'un des siens ne fît pas ou fît mal son service, détestait les paresseux ou les étudiants manquant de conscience, s'arrangeant de façon à les éliminer doucement de son service, ou les mettant simplement à la porte. Car s'il était très populaire parmi les étudiants, Tillaux ne rechercha jamais une popularité qui ne fût pas de bon aloi.

Telle fut la vie de notre ancien président. La préparation de ses cours, la rédaction de ses livres, son service d'hôpital, les soucis de sa clientèle privée, remplirent toute son existence, et sa vie s'écoula tout entière dans la seule pensée de faire de la chirurgie et de l'enseignement.

C'est tout au moins ce que nous avons tous vu. Si jamais quelque préoccupation étrangère à notre art vint troubler sa quiétude, personne n'en sut jamais rien ; il dut l'écarter comme une idée qui vous obsède, qui vous hante et que l'on repousse comme indigne d'être poursuivie.

Vers le commencement de 1904, Tillaux tomba malade. Son superbe appétit avait diminué, il maigrissait. Mais ses forces étaient conservées, il ne se départissait point de sa belle humeur et, avec son entrain ordinaire, il disait à sa sœur : Ma chère amie, je crois bien que je ne serai bientôt plus digne de faire partie de la Société des 100 kilogs. »

Au mois de mai de la même année, il fit un jour un faux pas en montant au bureau de l'Académie, éprouva des souffrances

dans le genou, puis sa marche fut gênée ; bientôt des douleurs se firent sentir dans toute la cuisse. Puis peu à peu la gêne, la souffrance restreignirent son activité et vers le mois d'août, il lui fallut garder la chambre. Il passait alors ses journées assis dans un fauteuil placé devant une table sur laquelle il appuyait ses bras, et, la tête baissée, il demeurait ainsi immobile, ne disant rien, ne proférant aucune plainte, attendant. C'est ainsi que Labbé et Périer le trouvèrent toujours.

Quelle fut la maladie qui l'emporta ? Tout le monde le dit et personne n'en sut rien.

Walther, qui l'examina à plusieurs reprises, ne trouva rien d'anormal dans le membre qui lui était soumis. Chauffard, qui fut appelé auprès de lui ne porta aucun diagnostic ; je ne sais si Mottard-Martin, son voisin et son ami qui le suivit jusqu'à ses derniers jours, pourrait dire exactement quelle fut la cause de sa mort.

Lorsqu'un jour, poussés par une sollicitude bien naturelle, quelques-uns de ses élèves vinrent pour le voir et essayer de le soigner, il les renvoya peu satisfait et dit à sa vieille Marie : « Que viennent faire ces braves jeunes gens ? Je n'ai pas besoin d'eux, et je sais mieux qu'eux ce que j'ai à faire. »

Tillaux était un convaincu, il savait bien que la médecine ne pouvait rien pour lui et n'acceptait pas la comédie des médications illusoires.

Peu de temps après, Tillaux s'éteignait, entouré de tous les siens et de ses fidèles amis Amodru et Houzeau.

Il laissait une belle fortune. Bien que la question des honoraires ne l'eût jamais préoccupé, bien qu'il soignât ses clients pour leur rendre service, et sans s'inquiéter de la rémunération qu'auraient ses soins, sa clientèle était devenue considérable, et, vivant sans besoins, il ne dépensait guère.

Il voulut qu'après sa mort aucun de ceux qu'il avait aimés ne fût oublié. Après avoir assuré dans son testament l'aisance de ses parents et de ses vieux serviteurs, il donna à l'Association des médecins de France, il donna au petit séminaire de Caen, voulant ainsi témoigner son affection à ses confrères déshérités du sort, voulant rappeler son fidèle et reconnaissant souvenir à l'établissement qui l'avait aidé dans ses premières études et qu'il aurait rougi de renier.

Puis il laissa une grosse part de sa fortune à la Caisse des retraites ouvrières, voulant encore après sa mort venir en aide, autant qu'il le pouvait, à tous ces malheureux au milieu desquels il avait passé sa vie. Espérons qu'avec son bon sens habituel et son admirable optimisme, Tillaux aura vu juste encore une fois

et que ses libéralités profiteront un jour à ceux qu'il a voulu soulager.

Car Tillaux était l'homme charitable et bon; tous ceux à qui j'ai récemment parlé de lui lorsque je demandais quelques renseignements sur sa vie, me répondaient tous : « Ah! dites surtout que c'était un brave homme; dites combien il était bon. » Même ceux qui, animés de sentiments moins parfaits à son égard, faisaient quelques réserves sur le savant, disaient tous : « C'était tout de même un brave homme. »

Certes, Tillaux fut un bon et brave homme, mais si la bonté fut une de ses qualités dominantes, si elle entoure comme d'une auréole sa grande figure, je ne veux pas vous laisser oublier qu'il fut le professeur incontesté de toute une génération d'hommes, et qu'il fut un vrai chirurgien.

« L'anatomie chirurgicale et la chirurgie clinique » représentent la partie principale de son œuvre, mais laissez moi cependant vous rappeler toute la série des travaux originaux qu'il présenta, tant à notre Société qu'à l'Académie de médecine; laissez-moi vous faire souvenir de toutes les initiatives qui lui sont dues, de ses opérations d'ovariotomie, d'hystérectomie abdominale et vaginale, de ses thyroïdectomies et de ses ostéoclasies. Elles témoignaient, aux époques où elles étaient faites, de la hardiesse, de l'habileté du chirurgien, de son amour du progrès.

Certes, tous ces travaux, toutes ces recherches sont, pour la plupart, tombés dans l'oubli. Car le temps marche, le progrès l'accompagne, et ce qui faisait loi jadis n'est plus aujourd'hui que l'écho du passé!

Mais les générations nouvelles, dans leur orgueil inconscient, oublient trop facilement que les voies où elles marchent leur ont été ouvertes par leurs aînées et s'affranchissent certainement trop vite de la reconnaissance qu'elles leur doivent.

Quand un homme comme Tillaux laisse le souvenir vivant d'un professeur tel qu'on en vit peu, quand il laisse deux ouvrages qui ont été utiles pendant plus de vingt ans, quand il laisse des élèves formés à son image, c'est-à-dire sages, consciencieux et instruits, il ne faut pas dire négligemment et du bout des lèvres : ce fut un brave homme; nous devons dire : ce fut un grand professeur, un vrai chirurgien qui, en outre, était un homme bon entre tous.

Mais pourquoi tant m'échauffer? Peut-être ai-je tort? Si tout le monde s'écrie : Tillaux était un bon et brave homme, n'est-ce pas tout simplement reconnaître que la bonté l'emporte sur toutes les autres qualités, et n'est-ce pas le plus grand hommage que

l'on puisse rendre à un homme que de dire simplement de lui : il fut bon.

Je répéterai donc moi aussi avec tout le monde : Tillaux fut un bon et brave homme. C'est par cette phrase que je terminerai l'éloge de notre ancien président.

PRIX DÉCERNÉS EN 1905

(Séance du 24 janvier 1906.)

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — Le prix est décerné à M. le Dr Huguier, ancien interne des hôpitaux, pour son travail intitulé : *Traitement des ankyloses par la résection et l'interposition musculaire.*

Prix Demarquay (700 francs). — Le prix est décerné à M. Léon Tixier, interne des hôpitaux, pour son travail *Sur les indications opératoires dans les traumatismes anciens du crâne.*

Prix Laborie (1.200 francs). — Le prix est décerné à M. Guibé, ancien prosecteur, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, pour son travail intitulé : *Volvulus de l'intestin grêle et de la première portion du gros intestin.*

Prix Gerdy (2.000 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Le prix Gerdy sera donc en 1907 de 4,000 francs et la question proposée par la Commission reste : *Des abcès sous-phréniques.*

PRIX A DÉCERNER EN 1906

(Séance annuelle de janvier 1907).

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1906.

Prix Laborie (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Dubreuil (400 francs). — Prix annuel destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1906.

PRIX A DÉCERNER EN 1907

(Séance annuelle de janvier 1908).

Prix Marjolin-Duval (300 francs), **Prix Laborie** (1.200 francs) et **Prix Dubreuil** (400 francs). — Pour ces trois prix, voir les conditions ci-dessus.

Prix Ricord, bisannuel (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre Société. Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés.

Prix Demarquay, bisannuel (700 francs). — Le sujet proposé est : *Traitement de l'obstruction des voies biliaires.*

Prix Gerdy, bisannuel (4,000 francs). — Le sujet proposé est : *Des abcès sous-phréniques.*

Les manuscrits destinés aux prix Demarquay et Gerdy doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe, reproduite sur la suscription d'une enveloppe contenant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents, devront être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1907.

Le secrétaire annuel.

Picqué.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1906



Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2°. — Des demandes de congé de MM. LEGUEU, FÉLIZET et SEBILEAU;

3°. — Des lettres de remerciements de MM. GERVAIS DE ROUVILLE et TOUSSAINT, membres correspondants.

A propos de la correspondance.

M. NÉLATON dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Rastouil (de la Rochelle), intitulé : *Hémirésection sous-périostée du coude pour luxation irréductible datant de six mois*, etc.

Ce travail est renvoyé à une Commission, dont M. NÉLATON est nommé rapporteur.

A propos du procès-verbal.

De l'anesthésie chloroformique avec les appareils dosant les mélanges titrés d'eau et de chloroforme.

M. Paul Reynier. — Messieurs, il y a un an, M. Kirmisson clôturait la discussion qui s'était élevée au sein de cette assemblée à la suite de la présentation d'appareils pour l'administration du chloroforme, en nous renvoyant à l'année suivante pour les juger d'après leurs résultats. Or, l'année est à peine écoulée, que déjà on nous a apportés quelques résultats obtenus avec l'appareil de M. Ricard. Bien que l'expérience faite par nos deux collègues, MM. Legueu et Faure, ne porte pas encore sur un très grand nombre de faits, puisque M. Faure nous parle de 100 cas, M. Legueu de 200 cas, cependant les observations publiées par nos collègues méritent d'être discutées. J'avoue que, en les écoutant, je n'ai pas partagé leur enthousiasme sur l'appareil de notre collègue.

En effet, que nous dit M. Legueu... Il aurait eu sur 200 malades 4 alertes se traduisant par des syncopes respiratoires, et nécessitant la respiration artificielle; chez une malade il y aurait eu de la pâleur de la face, de la dilatation pupillaire. M. Faure a eu deux arrêts respiratoires, et a perdu un malade très affaibli il est vrai, en pleine stercorémie et que M. Faure considérait comme incapable de supporter l'opération longue qu'il lui faisait. Moi-même je connais une syncope chez une malade qui accouchait et qu'on endormait avec l'appareil de M. Ricard. Or, si cette syncope est connue de moi, c'est que je dois opérer cette malade d'une fissure anale. Je lui ai proposé de la chloroformer, et comme elle en avait peur, je lui ai vanté mon appareil et l'absence de danger qu'il présente. A quoi elle me répondait qu'elle venait d'être endormie avec un appareil, celui de M. Ricard, et qu'elle avait eu une syncope qui avait effrayé énormément l'accoucheur et son entourage.

Enfin, en dehors du cas de M. Guinard, où peut-être l'embolie, comme le disait notre collègue, a joué un rôle, tous les journaux nous ont parlé d'une autre mort arrivée à l'hôpital Saint-Louis, où le chloroforme avait été donné avec un appareil qu'il est facile de désigner, car à Saint-Louis on ne se sert que de l'appareil Ricard.

J'avoue que si tous les appareils à chloroforme qu'on nous a présentés avaient un pareil passif, autant vaudrait avoir recours

à la compresse, qui, maniée par un bon chloroformisateur, certes, paraîtrait moins dangereuse.

Mais ces faits ne me surprennent pas et ils ne doivent pas faire condamner les appareils qui dosent véritablement le chloroforme, comme l'appareil de Paul Bert, celui de Dubois, l'appareil anglais de Vernon-Harcourt et celui que je vous ai présenté l'année dernière.

Ils ne doivent faire condamner que les appareils qui, comme celui de M. Ricard, ainsi que je vous l'ai dit l'année dernière, ne tenant compte ni de la température, ni de la fréquence, ni de l'amplitude variable de la respiration, ne peuvent prétendre doser le chloroforme, et donnent par suite une sécurité trompeuse.

Ja suis heureux de l'occasion qui m'est donnée par les communications de mes collègues, de mettre en opposition avec les résultats obtenus par eux, ceux que j'ai obtenus en me servant de l'appareil qui a été construit sur mes indications et que je vous ai présenté l'année dernière au nom de MM. Dupont, Chabaud, Thumeyssen.

Je me sers de cet appareil depuis le mois de mai 1904, et j'ai fait avec cet appareil tant en ville qu'à l'hôpital, d'après le relevé que j'ai fait faire par mes surveillants, 1.245 anesthésies se décomposant en 523 anesthésies sur l'homme, 702 sur la femme et 20 sur des enfants.

J'ai anesthésié des alcooliques, des cardiaques, des rétrécissements et insuffisances mitrales, des appendicites dont le pouls était à peine perceptible, des blessés arrivant en état de shock dont le pouls était petit, filant.

Tout dernièrement encore, j'endormais un jeune homme atteint d'appendicite grangreneuse, chez lequel on n'arrivait pas à compter le pouls, tant il était petit et rapide. Or, il a supporté l'anesthésie, maintenue avec 2 p. 100, sans aucun accident.

J'ai fait manier cet appareil par des élèves qui n'avaient jamais donné le chloroforme, par des médecins peu habitués aux anesthésiques, par des surveillants, voir même une fois par un de mes panseurs, très intelligent il est vrai, mais qui en était à son premier début.

Or je n'ai pas eu une fois, et tous mes élèves sont là pour en témoigner, une alerte, un arrêt respiratoire; deux fois seulement avec un jeune élève qui relevait mal le menton, j'ai fait mettre une pince sur la langue pour la tirer. Mais sauf ces deux fois, où je crois on aurait pu, avec un élève plus instruit, éviter cette pince, je n'ai eu à constater la chute de la langue, si fréquente avec la chloroformisation à la compresse.

J'ai eu quelquefois des vomissements pendant la chloroformi-

sation, mais ces vomissements ont presque toujours paru tenir à ce que trop vite on diminuait la dose de chloroforme, et qu'on laissait se réveiller un peu le malade.

Après la chloroformisation, les vomissements ont manqué dans les deux tiers des cas, et quand ils ont eu lieu, ils ont été très diminués. Je n'ai plus revu ces malades vomissant pendant huit jours de suite comme j'en ai eu de temps en temps avec la compresse. Mais ce qui m'a frappé le plus et ce qui doit surtout attirer votre attention, c'est, quelle que fût la longueur de l'opération, la disparition du shock post-opératoire. J'ai pu ainsi arriver de plus en plus à cette conclusion : que le shock, après les longues opérations, tenait plus à la durée de l'intoxication chloroformique avec des doses trop élevées, qu'à l'acte opératoire.

Or, tout ceci s'explique très bien si on tient compte de la petite quantité de chloroforme absorbée, et du peu qu'il en faut dans certains cas, où le malade est très anémié, pour maintenir l'anesthésie.

En moyenne, j'use pendant la première heure de 24 à 35 grammes de chloroforme.

Tous mes malades ont été endormis en dix ou douze minutes avec le mélange à 12 p. 100. Mais l'anesthésie obtenue, je l'ai maintenue dans la majorité des cas avec le mélange à 6 ou 8 p. 100; chez les gens affaiblis, avec un mélange à 2 à 4 p. 100. Et ceci explique pourquoi vous pouvez, avec ces appareils, endormir des malades sans danger pour lesquels le chloroforme était contre-indiqué, à cause de leur faiblesse. Pour ces malades des doses infimes le plus souvent suffirent.

J'espère que ces résultats finiront par convaincre mes collègues, de la nécessité d'avoir recours désormais aux appareils à mélanges titrés, mais en ne se servant que de ceux qui donnent exactement des mélanges titrés, et dont on connaît le titre par chiffre, et non par nombre de trous, comme nous avons entendu le faire nos collègues Legueu et Faure, en parlant de l'appareil de M. Ricard.

Chloroforme et Psychopathie.

M. Lucien Picqué. — Quand on a suivi vos intéressantes discussions sur la chloroformisation, quand on connaît l'opinion de la plupart d'entre vous sur la supériorité des appareils sur la compresse, il peut paraître inopportun de reprendre la parole sur ce sujet. Certes, je pourrai considérer comme un devoir de venir ap-

puyer les opinions que mon maître Berger a été seul à défendre ici. Je le ferai certainement avec moins d'autorité que lui et ne pourrai en tout cas vous convaincre. Je me contenterai de dire que c'est aux excellents préceptes qu'il m'a enseignés à l'époque ou j'avais l'honneur d'être son élève, que je dois d'être resté fidèle à la compresse et d'avoir en elle une confiance qui n'a été que bien rarement démentie au cours de ma carrière.

Et puisqu'un de nos collègues à mis en avant, au cours de la discussion, un argument d'ordre personnel, je puis bien à mon tour rappeler qu'il y a deux ans, j'ai dû être endormi moi-même quatre fois dans la même semaine et que je me suis toujours confié à la compresse de mon maître avec la plus absolue confiance et la plus grande sécurité. Mais on ne doit pas être exclusif et pour juger la valeur d'une méthode, il faut bien l'avoir utilisée. J'ai moi-même employé plusieurs fois l'appareil de Reynier; un de mes assistants fait usage dans son service pour ses opérations personnelles de l'appareil de Ricard que j'ai employé ce matin même dans une opération où je crois qu'il peut rendre de réels services. Mais mon expérience est insuffisante à cet égard et je ne me permettrai pas plus de faire devant vous la critique des appareils que je ne veux entreprendre, l'apologie de la compresse.

Si donc je prends aujourd'hui la parole, c'est pour envisager la question de la chloroformisation sous un jour spécial, et en me basant sur une statistique de 643 auesthésies faites à l'aide de la compresse.

Plusieurs de nos collègues, et en particulier Tuffier, vantant la supériorité des appareils ont affirmés que ces derniers présentaient quatre avantages.

Absence d'agitation du malade.

Régularité du sommeil.

Maintien de la circulation normale.

Diminution des vomissements.

Certes, je ne viens pas vous dire que les résultats ne tiennent pas en grande partie à la précision quasi mathématique du titrage d'air et de chloroforme si recherchée par quelques-uns de nos collègues pas plus qu'à la réduction signalée par vous tous de la quantité du chloroforme absorbé, bien qu'il soit peut-être nécessaire de distinguer sous ce rapport la quantité du chloroforme dépensé de celle du chloroforme absorbé réellement.

Ce que l'on peut dire toutefois c'est qu'avec l'appareil comme avec la compresse nous voyons des malades agités et qui vomissent. Je n'en veux pour preuve que les chiffres même de quelques-uns de nos collègues. C'est d'abord J.-L. Faure qui se déclare très satisfait de l'appareil de Ricard et qui nous annonce

que, sur 100 cas, la période d'excitation a été nulle 45 fois, légère 39 fois et forte 16 fois. Voilà donc 55 malades agités sur 100 cas c'est-à-dire plus de la moitié.

Chez ses malades les vomissements ont été nuls 60 fois, 9 fois les malades ont vomi pendant l'anesthésie. Après l'anesthésie, ils ont été légers 29 fois, abondants 9 fois seulement.

Puis c'est Legueu qui, sur 180 cas, signale 27 cas où l'excitation fut trés marquée mais ses malades nous dit-il, étaient presque tous alcooliques; 53 où elle fut à peu près nulle; 100 cas où il n'a constaté aucune période d'excitation.

Par contre, les vomissements n'ont été notés que dans 7 cas et dans la plupart, nous dit-il, ce sont plutôt des états nauséeux que des vomissements.

Enfin, il nous signale quatre alertes qui ont nécessité la respiration artificielle comme notre collègue Reynier vient de vous le rappeler.

Il est certain, d'autre part, que nos malades, sont excités et vomissent de même au cours de la chloroformisation avec la compresse.

Dans quelle proportion ? S'il est démontré, comme le pensent la plupart de nos collègues, qu'avec l'appareil les incidents sont moindres, la preuve est faite et la supériorité des appareils démontrée ; mes chiffres personnels ne le prouvent cependant pas.

Mais encore puisque des deux côtés, il y a vomissement et excitation et que l'appareil ne met pas à l'abri de ces incidents, n'est-on pas en droit de se demander si réellement le mode d'administration est le seul coupable et si le malade lui-même ne saurait être incriminé ?

C'est un point dont on n'a guère tenu compte dans la discussion et que je me propose d'étudier devant vous avec des chiffres à l'appui.

On a bien de tout temps étudié l'état du cœur, des poumons, et des reins, mais surtout en vue d'expliquer les cas de mort par le chloroforme.

Quelques chirurgiens ont bien parlé de l'état psychique des malades. En 1902, Quénu y insistait et recommandait de ne pas endormir le malade dans la salle d'opérations : mais là encore il ne s'agit que de ce que j'ai appelé la genèse émotionnelle des accidents mortels que je n'admets guère et au sujet de laquelle j'ai de bien curieuses observations que je vous soumettrai un jour.

Mais je crois pouvoir affirmer qu'on ne s'est jamais guère occupé du cerveau malade ou intoxiqué pas plus que de l'état des viscères sur la production des accidents du chloroforme (vomisse-

sements ou excitation), que l'emploi des appareils a la prétention de supprimer.

Des circonstances particulières m'ont permis d'étudier ce point spécial.

Les 643 observations que j'ai faites portent sur des malades présentant des psychopathies diverses : vous reconnaîtrez que j'ai eu là un vaste champ d'observation où il m'a été facile de puiser des documents intéressants qui m'ont permis d'apprécier les différences notables qui existent au point de vue de l'excitation et des vomissements entre les diverses forces de psychopathies.

Or, je tiens à bien dire dès le début de cet exposé et pour prévenir tout malentendu, qu'il n'existe pas de séparation absolue entre les malades que j'ai observés et ceux que vous voyez à l'hôpital et que je vois moi-même à Bichat. Sans cette déclaration préalable l'étude que je vous présente n'aurait évidemment aucun intérêt pour vous.

S'il est en effet, des psychopathies qui ne peuvent jamais être observées par vous, celles-ci sont peu nombreuses. Je puis affirmer que bien peu sont spéciales à Saint-Anne, que la plupart du temps les malades que je vois dans mon service ont passé par les vôtres, que d'autre part, beaucoup de malades que j'ai opérés à Saint-Anne rentrent dans vos services pour y subir d'autres opérations. Mes fiches d'observations en font foi, et ce même mouvement de malades de Sainte-Anne vers les hôpitaux et des hôpitaux vers Saint-Anne, je l'observe moi-même dans mon service de Bichat.

En résumé, et c'est un point sur lequel j'insiste parce qu'il est à mon sens capital, vous êtes susceptibles de rencontrer à l'hôpital la plupart des cas que je vois à Sainte-Anne. Vous les reconnaîtrez certainement. Ce sont, en effet, les psychonévroses comme l'épilepsie et l'hystérie, les psychoses infectieuses ou toxiques parmi lesquelles les psychoses puerpérales, la morphinomanie, l'alcoolisme, les psychoses organiques dues au ramollissement et à l'hémorragie cérébrale, enfin la mélancolie et l'affaiblissement intellectuel sénile.

Je laisse, comme vous le voyez, de côté, une série de formes qu'on ne voit jamais à l'hôpital et qui ont été étudiées par mon élève Marchand dans sa thèse inaugurale (1).

Or, je vais vous démontrer les différences notables que j'ai pu observer sous le rapport des vomissements, de l'excitation, de la régularité du sommeil et du maintien d'une circulation normale

(1) Marchand. Chloroforme et psychopathies. *Thèse de Paris*, 1906.

entre les diverses formes de psychopathies, différences qui ne sont en vérité accentuées que lorsqu'on vient à envisager un grand nombre de cas.

Si je prends ma statistique en bloc, je constate que sur 643 anesthésies, je n'ai eu à déplorer aucun accident et que les alertes ont été au nombre de 3 seulement. Pour apprécier plus facilement le détail des faits que je veux vous soumettre, j'ai reparti cette statistique en 55 tableaux dont je ne vous imposerai pas la lecture, mais qui seront publiés dans le travail de mon élève.

C'est grâce à cette division que j'ai pu faire des remarques intéressantes que je désire vous communiquer. Dans les seules psychoses que j'ai examinées devant vous parce qu'elles sont susceptibles de passer sous vos yeux, il m'a été possible d'établir deux groupes principaux au point de vue de leurs réactions vis-à-vis du chloroforme.

Le premier comprend les psychoses infectieuses et d'intoxication, les psychoses organiques et l'affaiblissement intellectuel sénile. L'alcoolisme et la morphinomanie y rentrent naturellement.

Le deuxième comprend les psychonévroses et les états mélancoliques.

Dans le premier la psychose n'existe en quelque sorte que comme indice révélateur d'un état viscéral plus ou moins grave auquel elle reste subordonnée. L'existence de cette psychose est d'ailleurs inconstante; elle manque généralement chez nos malades d'hôpital; seul l'état viscéral qui est le substratum fondamental ne manque jamais, mais il a besoin d'être recherché avec soin puisque l'état mental n'est pas là pour en déceler presque immédiatement l'existence.

C'est par exemple un affaibli sénile qui à l'hôpital sera endormi avec confiance parce qu'il ne présente aucune lésion apparente du côté du cœur; à l'asile ce même malade délire un peu et ce délire attire de suite notre attention sur l'état de sa circulation et nous engage à prendre des précautions spéciales.

Tantôt, d'ailleurs, cet état viscéral est temporaire comme dans les infections d'ordre chirurgical ou obstétrical, où il disparaît généralement avec l'intoxication qui lui a donné naissance; tantôt, il est permanent et définitif, comme dans les psychoses organiques l'affaiblissement intellectuel sénile et certaines formes d'alcoolisme chronique.

Or, chez ces malades vous ne trouverez ordinairement sous chloroforme ni vomissements ni période d'excitation. Dans 25 cas de psychoses infectieuses je n'ai constaté aucun vomissement : dans

8 cas de psychoses organiques, il en a été de même, de sorte qu'en résumé sur 33 cas de cette catégorie, je n'ai pas constaté un seul vomissement.

En outre tous ces malades dorment bien, que ce soient des infectées puerpuérales, des psychoses organiques ou des affaiblis séniles ; chez ces malades le danger est ailleurs. Tous en effet sont des affaiblis chez lesquels il y a amoindrissement de l'énergie vitale, et chez lesquels, parfois comme je l'ai constaté souvent, existe une diminution des réflexes conjonctivaux et cornéens.

Le danger réel, et je répète encore que je n'envisage pas les accidents mortels, est du côté du cœur et des vaisseaux.

Dans la démence sénile que nous observons bien souvent il existe le plus ordinairement de l'artério-sclérose, avec une aorte athéromateuse, un myocarde dégénéré et une circulation générale défectueuse.

S'il s'agit de malades infectés il existe une intoxication générale qui amène parfois des lésions latentes du myocarde ou tout au moins un affaiblissement de la vitalité. Chez elles, il convient de ne pas ajouter par le chloroforme une nouvelle intoxication à l'intoxication générale. Chez les uns et chez les autres, d'ailleurs, une dose parfois minime de chloroforme peut amener des troubles inquiétants de la circulation et de la respiration, sous formes d'irrégularités de la respiration et du pouls, signalé par nos collègues.

Dans ma première année d'exercice à Sainte-Anne, j'ai observé quatre déments séniles qui ont présenté une très mauvaise chloroformisation. Depuis cette époque, ces incidents ne se sont plus reproduits en raison de l'expérience que j'avais acquise, mais ma statistique donne 8 p. 100 de chloroformisation mauvaise chez ces malades.

Une seule de mes infectées puerpuérales sur vingt-sept a présenté un incident de ce genre. Je n'en ai plus constaté depuis.

Chez tous ces malades il convient, selon moi, d'administrer le chloroforme en très petite quantité et d'exercer la surveillance la plus attentive.

Je rapprocherai également de ces malades les morphinomanes que nous observons à l'hôpital et qui se présentent à nous sans trouble mental apparent.

Il faut savoir que dès que ces malades sont soustraits à l'action de la morphine, ils se trouvent dans un état réel d'infériorité physique accompagné parfois d'un état anxieux et de tendance aux lipothymies et aux syncopes.

S'ils sont soumis à l'action du chloroforme, ils sont exposés, même sans avoir présenté au préalable les accidents que je viens

de rappeler, aux mêmes incidents chloroformiques que les malades du premier groupe.

Il devient donc, selon moi, indispensable avant de commencer l'anesthésie de leur rendre leur excitant habituel sous forme d'une piqûre de morphine. Je sais bien que nos collègues ont abandonné cette pratique après les faits signalés par notre collègue Quénu en 1902. Je crois qu'ils ont eu raison d'une façon générale et j'ai suivi depuis cette pratique.

Mais il convient de faire une exception en faveur des morphinomanes : pour ma part, j'ai toujours agi de cette façon et j'en ai retiré d'excellents résultats.

Je tiens encore à dire que parfois ces malades sont réticents et qu'ils n'avouent pas toujours leurs habitudes. C'est ainsi que récemment, j'ai été trompé moi-même par une surveillante que je venais d'opérer dans mon service; deux jours après l'opération (cholécystostomie) je la trouvais dans un état d'indicible abattement, et l'apyrexie cependant était complète. Je reconnus que j'avais affaire à une morphinomane. Elle protesta; je lui fis faire malgré elle une piqûre de morphine. Elle changea de suite. La guérison se fit sans incident.

Dans les psychoses d'intoxication, je dois encore placer les alcooliques. Or, il convient d'établir parmi eux deux catégories bien différentes au point de leur réaction vis-à-vis du chloroforme.

A l'hôpital nous voyons surtout les alcooliques subaigus « intoxiqués de frais ». Ceux-là dorment mal, nous le savons tous; mais j'ai remarqué d'autre part que les alcooliques chroniques soustraits aux intoxications récentes et que j'observe surtout à Sainte-Anne dorment, au contraire, bien.

Chez eux, comme chez les malades du premier groupe, ce sont les accidents du côté de l'appareil circulatoire qu'il faut alors craindre.

Les 74 alcooliques que j'ai endormis n'ont fourni que 3 cas de vomissements; 2 de ces malades étaient chroniques, un seul appartenait à la classe de nos alcooliques des hôpitaux. Les alcooliques subaigus au nombre de 45 m'ont donné au point de vue des périodes d'agitation 16 bons chloroformes, dont 5 très bons, 21 médiocres, 5 mauvais; 3 de ces malades ont eu un très mauvais chloroforme.

Les alcooliques chroniques au nombre de 29 m'ont donné 20 bons chloroformes dont 7 très bons, 5 médiocres, 3 mauvais. 1 très mauvais chloroforme en tout pour les 2 groupes ; 6 p. 100 de mauvais contre 8 p. 100 pour les déments séniles.

Je dois remarquer encore que certains de ces malades ont présenté des crises épileptiques au cours de l'anesthésie.

Le DEUXIÈME GROUPE de psychoses comprend des malades chez

lesquels l'état mental joue le rôle important et devient sous l'influence du chloroforme, le point de départ de réactions motrices et psychiques particulières, variables selon les cas et qui sont groupés sous le terme peut-être un peu vague de période d'excitation.

Si je considère dans ma statistique le groupe important des psychonévroses qui comprend l'hystérie et l'épilepsie, je trouve que sur 75 malades 5 malades seulement ont vomi (2 épileptiques et 3 hystériques).

En général ces malades dorment bien.

Parfois il présentent des réactions spéciales au cours de la chloroformisation, c'est ainsi que sur mes 75 cas j'ai observé trois crises d'épilepsie dont une caractérisée par une hémicontracture, une trépidation épileptoïde, une autre par une épilepsie jacksonnienne.

Deux cas de rigidité musculaire ; un cas dans lequel le malade a été pris d'une toux convulsive.

En dehors de ces 6 cas, je n'ai constaté les réactions motrices et psychiques qu'au début de la chloroformisation et c'est là un point intéressant.

Elles se répartissent de la façon suivante :

Dans 7 cas, il existait une période d'excitation courte : dans 15 cas une période d'excitation prolongée ; dans 2 cas seulement l'excitation a duré pendant toute l'anesthésie, au total 24 cas sur 75.

Je dois faire remarquer qu'à ce point de vue ma statistique s'est améliorée d'année en année depuis que j'ai pris l'habitude de donner au début une dose plus forte de chloroforme pour éviter l'excitation.

Au résumé, je pense qu'aux hystériques et aux épileptiques il convient de donner au début des doses élevées de chloroforme, contrairement à ce que j'ai établi pour les malades du premier groupe.

Les mélancoliques, d'autre part, m'ont donné les résultats suivants :

Sur 119 cas, j'ai eu 17 femmes qui ont vomi, c'est ma plus forte proportion.

Ces malades dorment bien en général.

Au début de l'anesthésie, 66 femmes n'ont présenté aucune excitation ; 53 en ont présenté, 24 pendant quelques instants, 26 pendant une période plus longue ; 3 seulement ont présenté de l'excitation pendant toute la durée de l'anesthésie.

J'ai fait également une remarque importante. Les femmes mélancoliques surtout sont anxieuses avant le chloroforme ; 12 ont présenté une anxiété légère, 22 une anxiété intense, au total, 34 ;

et cette constatation est intéressante à mon avis au point de vue de la pathogénie de l'excitation, comme nous allons le voir dans un instant.

Que conclure des faits que je viens de signaler ?

C'est qu'il existe en réalité deux catégories importantes de malades à distinguer au point de vue du chloroforme.

Les uns ont un état viscéral particulier : chez eux l'état psychique n'intervient que comme indice révélateur et celui-ci manque souvent à l'hôpital. Chez ces malades la moindre quantité de chloroforme provoque des troubles plus ou moins graves du côté de la respiration et de la circulation, troubles qui aboutissent aux incidents chloroformiques que j'ai signalés; ceux-ci peuvent parfois entraîner des syncopes mortelles. La régularité de l'anesthésie obtenue à l'aide des appareils ne saurait suffire pour les conjurer. A ces malades il faut de très petites doses et quand il s'agit de malades intoxiqués comme les morphinomanes il convient de donner au préalable une injection de morphine.

Quand ces précautions sont observées, ces malades dorment en général bien ; on observe exceptionnellement chez eux les vomissements et l'excitation pendant le sommeil.

Il n'en est plus de même du deuxième groupe de malades que j'ai examinés devant vous.

Chez eux on observe des vomissements et des périodes d'excitation, mais il existe encore des différences notables.

Je vous rappelle que les hystériques et les épileptiques vomissent peu (5 cas sur 75 cas), les alcooliques encore moins (3 cas sur 74 cas), les psychoses infectieuses pas de vomissement sur 33. Les mélancoliques vomissent davantage (17 cas sur 119 cas). Il m'est d'ailleurs impossible de vous donner les raisons de ces différences.

Contrairement à ceux du groupe précédent, ces malades, une fois endormis, dorment régulièrement, et nous n'avons à redouter du côté de la circulation aucun des accidents signalés plus haut; rarement (6 fois sur 75) j'ai observé des crises spéciales au cours de la chloroformisation, mais par contre ils présentent une période d'excitation plus ou moins prolongée, et c'est au début qu'on l'observe. Sur 75 cas de psycho-névrose, je l'ai observée 24 fois.

Les mélancoliques présentent de l'excitation 53 fois sur 119, et 3 fois cette excitation s'est prolongée pendant toute la durée de l'anesthésie. De plus, et c'est une particularité qui leur est spéciale, elles présentent de l'anxiété au moment de la chloroformisation (34 sur 87).

J'ai dit qu'on pouvait facilement combattre l'excitation dans

les psycho-névroses en augmentant les doses. Chez les épileptiques en particulier, il m'a paru utile, quand on le peut, d'attendre la fin des accidents épisodiques d'ordre mental qu'ils peuvent présenter et qu'il convient toujours de rechercher.

L'excitation des mélancoliques semble due à leur anxiété préalable. J'ai donné le chiffre considérable des malades qui présentaient cet état avant le chloroforme. Pour moi, la genèse émotionnelle de cette excitation me paraît ici évidente, contrairement à ce que je pense de cette doctrine dans les accidents mortels.

Quoi qu'il en soit, je crois que c'est bien moins dans l'administration du chloroforme que dans un ensemble de moyens qui constitue en quelque sorte la prophylaxie morale de ces accidents, qu'il faut rechercher chez les mélancoliques l'atténuation de cette excitation. Je ne sais pas s'il conviendrait chez eux de modifier le mode d'administration du chloroforme, mais je puis affirmer que j'ai réussi grâce à cette prophylaxie morale.

Pour les alcooliques, je vous ai montré quelle différence existait entre les alcooliques anciens et récents.

Les premiers dorment en général bien, contrairement à l'opinion courante, et c'est seulement chez les alcooliques récents que l'on observe l'excitation du début parfois si pénible. Il me paraît donc nécessaire, toutes les fois qu'il est possible, d'attendre un certain temps avant de les endormir ; le malade n'a qu'à y gagner et le chirurgien pourra éviter les incidents que nous connaissons tous.

On voit donc par cet exposé que toute la question du chloroforme ne réside pas dans les appareils, et qu'en dehors d'eux existent des facteurs dont il faut tenir compte.

L'étude des rapports de l'anésthésie avec les formes si variées des psychopathies peut selon nous devenir une source féconde d'indications et de contre-indications, et dans tous les cas où le chloroforme peut-être donné, celles-ci peuvent nous renseigner utilement selon les cas, sur le moment à intervenir, sur la dose de chloroforme qu'il convient de donner, enfin, sur les précautions utiles à prendre avant la chloroformisation chez certains de ces malades.

En terminant, je désire encore répéter que mon but n'a pas été de prendre parti entre la compresse et les appareils.

Si je suis resté fidèle aux préceptes de mon maître, M. Berger, je ne puis critiquer les appareils dont je n'ai pas encore l'expérience.

J'ai voulu simplement verser au débat des documents qui m'ont paru intéressants en ce qu'ils montrent que les incidents qui se peuvent produire au cours de l'anesthésie ne dépendent pas uni-

quement du mode d'anesthésie, et que le malade y joue par son cerveau et ces viscères un rôle qu'il ne faut pas oublier et que j'ai jugé utile d'étudier devant vous.

M. Paul Reynier. — La communication de mon ami M. Picqué m'a particulièrement intéressé. Les observations qu'il a relevées si consciencieusement viennent, en effet, à l'appui des conclusions d'un travail que j'ai présenté en 1902 à l'Académie de médecine. Dans ce travail, je faisais remarquer que la période d'excitation des anesthésiques et du chloroforme en particulier se traduisait par des symptômes fort différents suivant les malades, et dont le caractère dépendait des tempéraments et des intoxications antérieures du système nerveux. En d'autres termes, je disais qu'un cerveau réagissait à l'excitation du chloroforme comme, en dehors de l'anesthésie, il avait l'habitude de réagir à toute excitation un peu vive.

Ainsi l'alcoolique aura par le fait de l'excitation anesthésique une crise convulsive, qui comme caractère rappelle la crise alcoolique, l'agitation du deliriums tremens; l'hystérique aura, soit une crise d'hystérie convulsive, soit une crise syncopale, soit une simple crise loquace; l'épileptique aura une crise d'épilepsie; et je m'appuyais dans ce travail non seulement sur des observations personnelles, mais sur des observations faites par M. Charcot et des observations que j'avais relevées moi-même à la Salpêtrière.

Enfin, j'étudiais comme M. Picqué les morphinomanes; et comme lui j'étais frappé de la tendance syncopale de ces malades pendant l'anesthésie, surtout quand ils avaient été sevrés de morphine ou qu'ils étaient d'anciens morphinomanes. On trouva même dans ce travail une observation que j'avais relevée avec mon ami Ozenne, qui avec son habileté habituelle donnait le chloroforme à un ancien morphinomane, et nous eûmes, malgré la prudence avec laquelle était donné le chloroforme, une syncope.

M. Picqué. Je connaissais, en effet, l'opinion de M. Reynier, mais les conclusions auxquelles il arrive sont certainement exagérées, puisque ce n'est qu'exceptionnellement que j'ai observé pendant le sommeil des crises d'épilepsie (j'en ai donné le chiffre exact dans ma communication). Quant aux alcooliques, je n'ai jamais observé de crises pendant le sommeil.

Sur les sutures nerveuses.

M. Reynier. — Messieurs, mon ami M. Chaput, terminant sa très intéressante communication sur les sutures nerveuses, communication qui apporte un appui aux idées que j'ai soutenues depuis longtemps de la possibilité dans certains cas d'une réunion immédiate et du retour rapide des fonctions nerveuses, énumère les éventualités qui peuvent se produire après ces sutures.

1° Rétablissement très rapide de la sensibilité et de la motilité;

2° Rétablissement tardif de la sensibilité et de la motilité;

3° Rétablissement rapide de la sensibilité et tardif de la motilité ;

4° Retour de la paralysie par disjonction des deux bouts;

5° Névrite annihilant les bons effets de la réunion des deux bouts.

Or, il n'a pas mentionné une dernière éventualité qui peut se présenter, et qu'il est intéressant de connaître, ne serait-ce que pour ne pas se décourager trop tôt, et avoir recours à une nouvelle intervention, qui procurera facilement le succès.

Cette éventualité est l'enserrement du nerf dans une gangue fibreuse inflammatoire périphérique, qui gêne le passage de l'influx nerveux, le nerf étant toutefois cicatrisé et intact. Dans ce cas, il suffit de disséquer le nerf dans cette gangue fibreuse, de le libérer, pour que ses fonctions se rétablissent.

De ceci, je peux vous donner deux exemples frappants :

Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme qui était entrée, il y a deux ans, dans mon service pour une fracture de l'humérus à son tiers inférieur.

On avait mis cette femme dans un appareil de Hennequin; mais quand on la retira on s'apercut qu'elle avait une paralysie radiale, paralysie de la motilité, paralysie de la sensibilité. Il était évident que dans le cal le nerf devait être comprimé, et, le diagnostic fait, M. Savariaud crut devoir aller libérer le nerf. Il trouva, en effet, ce nerf soulevé et comprimé par un fragment osseux — qu'il réséqua — et, après avoir ainsi dégagé le nerf de cette compression, il referma.

Or, la paralysie persista. On attendit un mois, et, malgré l'électrisation, il ne se produisit aucune amélioration. M. Hischmann, qui s'occupe du service d'électricité à l'hôpital Lariboisière, m'envoya même une note, qui me laissa soucieux, note dans laquelle il avait constaté la réaction de dégénérescence; la contractilité

farado-musculaire était abolie, et la contractilité galvano-musculaire existait, mais très faible.

Comme je ne voyais aucun progrès malgré les séances régulières d'électricité, je crus devoir intervenir à nouveau.

Je remis à nu le nerf que je trouvai tout à fait libre et non comprimé. Mais il était entouré d'une gaine fibreuse assez épaisse que je fendis, et que je disséquai.

Je refermai la plaie, ne faisant que cette dissection.

Le lendemain, la malade accusait de la sensibilité à la main dans la région innervée par le radial, et relevait la main, sa paralysie avait disparu.

Mais voici un autre cas qui rentre plus dans les faits cités par M. Chaput.

Ici, il s'agissait d'un homme qui avait eu une section de son nerf cubital, cinq mois auparavant, avec section des tendons du cubital antérieur. L'interne de garde lui avait fait la suture de son nerf et de son muscle. La réunion s'était faite aseptiquement. Toutefois, la sensibilité dans l'annulaire et le petit doigt n'était pas revenue, et le malade ne pouvait faire le mouvement d'adduction du pouce. Il n'avait toutefois pas de troubles trophiques très accusés, pas d'ulcération.

Je crus devoir intervenir et aller voir si la réunion des deux bouts s'était bien maintenue.

Je mis à nu le cubital, et là j'arrivai sur une gangue fibreuse, au milieu de laquelle le nerf se trouvait enserré. Partant d'un point où le nerf était libre, je le suivis dans cette gangue, le sculptant en quelque sorte, et je le libérai, le trouvant continu sur toute sa longueur. La réunion des deux bouts s'était bien faite.

Je refermai, et là encore dès le lendemain le malade accusait de la sensibilité sur la face dorsale de ses deux derniers doigts.

Au bout de dix jours, je le faisais électriser, et il quittait un mois après le service faisant les mouvements d'opposition du pouce. La motilité était revenue progressivement, et ce retour progressif semblait indiquer qu'il y avait de l'atrophie musculaire, qui peu à peu avait sous l'influence de l'électricité disparu.

D'après ces faits, il semble donc bien démontré que quelquefois le retour des fonctions du nerf peut être empêché par la présence seule d'une périnévrite irritative succédant à une suture qui n'a pas suppuré et qui a été faite dans les meilleures conditions d'asepsie. Il est donc bon, quand le retour de la sensibilité tarde trop, d'aller vérifier, et de libérer par une dissection très simple le nerf.

M. Chaput. — L'observation de M. Potherat ne doit pas passer

inaperçue, car elle provient d'un auteur impartial et désintéressé dans la question de la réunion des nerfs. Il nous a apporté son observation, non pas pour prouver une thèse quelconque, mais simplement pour verser aux débats un document précis.

Cette observation est intéressante à un double point de vue; d'une part, elle est un exemple indiscutable de réunion immédiate d'un nerf moteur de la plus haute importance (nerf cubital) — et dont la paralysie ne saurait se dissimuler — d'autre part, elle nous offre l'intéressante coexistence d'une paralysie radiale hystéro-traumatique, guérie par l'influence morale de l'opération. La nature hystérique de la paralysie radiale nous est prouvée par la constatation, avant l'opération, de la contractilité électrique des muscles extenseurs des doigts, contrastant avec la perte de l'excitabilité des muscles innervés par le cubital.

Dans une séance précédente, M. Berger nous a dit que les retours rapides des fonctions après sutures, s'expliquaient par la dynamogénie de Brown-Séquard. Pour moi, cette expression représente une vue de l'esprit et ne correspond à rien de réel.

Si l'excitation produite par la suture est capable de galvaniser les fonctions nerveuses suppléées, il est facile d'en établir la réalité. Il suffit de couper le sciatique d'un chien et quelques semaines après, de mettre à nu les deux bouts du nerf et de les aviver sans suture. On aura ainsi l'acte opératoire de la suture, sans la suture elle-même. J'affirme que dans ces conditions, on ne guérira jamais la paralysie du membre opéré. Qu'est-ce à dire? sinon que la dynamogénie ne repose sur rien de sérieux pour ce qui est du retour des fonctions nerveuses après suture.

La meilleure preuve qu'aucun de nous ne croit à la valeur de la dynamogénie, c'est que tous nous suturons les nerfs coupés au lieu de nous contenter du traitement médical ou de la mise à nu des bouts nerveux sans suture.

Lorsqu'un nerf a été coupé et non réuni, sa paralysie définitive n'a pas toujours lieu. Ce phénomène reconnaît plusieurs mécanismes :

La plaie nerveuse peut être incomplète; la plaie complète peut s'être réunie spontanément. Il y a aussi les anomalies de distribution, les divisions prématurées, les anastomoses qui peuvent expliquer la conservation des fonctions.

La blessure peut n'intéresser que des branches peu importantes dont la paralysie ne présente pas de conséquences fonctionnelles sérieuses.

Lorsqu'après une période de paralysie, les fonctions reviennent on peut en trouver les explications suivantes : ou bien la réunion s'est faite spontanément, ou bien la paralysie était hystéro-trau-

matique, et alors il faut admettre ou que le nerf était intact ou qu'il s'est réuni spontanément ou bien que les particularités anatomiques signalées plus haut permettaient la conservation des fonctions.

Je défie quiconque de m'apporter l'observation d'une paralysie nerveuse causée par la section d'un nerf important, et guérie sans réunion des deux bouts et sans l'intervention des anomalies de distribution par un mécanisme analogue à celui de la dynamogénie ou de la suggestion.

Dans mes communications antérieures, j'ai montré que les recherches histologiques modernes permettaient de comprendre et d'expliquer la réalité de la réunion des nerfs avec retour rapide des fonctions.

D'ailleurs que nous importe ; on n'a pas besoin de discuter la possibilité de ce qui est. La réunion immédiate des nerfs existe comme l'ont prouvé un nombre énorme d'observations depuis l'avènement de l'antisepsie.

La question n'est restée si longtemps discutée qu'à cause des difficultés de l'expérimentation que j'ai pu apprécier par moi-même.

Les petits animaux de laboratoire ont des nerfs trop petits pour pouvoir être suturés. Sur le chien, le sciatique est le seul nerf suffisamment volumineux. Or, les faisceaux nerveux de cet organe sont réunis par un tissu si lâche que les fils ne peuvent exercer la moindre traction sans couper les tissus.

Si les deux bouts ne s'écartaient pas on pourrait encore espérer les tenir en contact, mais aussitôt coupés ils s'écartent de plusieurs centimètres et ne peuvent être rapprochés sans une traction très forte.

Ajoutons à cela l'indocilité du chien, ses mouvements incessants, sa saleté, la difficulté de maintenir les pansements en place et on comprendra comment la réunion immédiate des nerfs n'a pu s'observer jusqu'ici que dans les conditions idéales de la chirurgie humaine.

Lecture.

M. Duval lit un travail sur l'*Extirpation abdomino-périnéale du vagin.*

Renvoyé à une Commission, dont M. Delbet est nommé rapporteur.

Communication.

L'anesthésie à la stovaïne lombaire.
Statistique de l'année 1905,

par M. CHAPUT.

Je crois le moment bien choisi pour vous parler à nouveau de la rachistovaïne.

En effet depuis ma dernière communication (octobre 1904), plusieurs travaux très intéressants ont été publiés sur cette méthode entre autres ceux de Kendirdjy et Burgaud, Chartier, Sonnenburg, Tillmann, Tuffier, Géraud, ajoutons les thèses de Ruthon et de Pouliguen et enfin le livre récent de Kendirdjy.

La question a été en outre discutée à la Société allemande de Chirurgie par Bier, le père de l'anesthésie rachidienne, Donitz, Czerny, Harmes, Silbermark qui s'en sont déclarés partisans — et aussi à la Société de chirurgie de Bucarest.

Plusieurs de nos collègues paraissent s'être intéressés dans ces derniers temps à la méthode, entre autres MM. Saxtorph de Copenhague, Kummel de Hambourg, Tuffier, Lenormand, Delbet, Legueu, Lejars, Cunéo, qui pourront nous apporter le résultat de leur expérience.

De mon côté, je puis vous apporter une nouvelle série représentant une pratique de quinze mois et comprenant 309 anesthésies.

Ce sont ces documents personnels que j'ai l'intention de vous communiquer aujourd'hui.

Les points qui intéressent le plus le chirurgien quand il s'agit d'anesthésie sont :

— La simplicité de la technique.

— La perfection de l'anesthésie, sa constance, son étendue.

— Les accidents immédiats, consécutifs et éloignés qu'elle peut comporter.

La *technique* de la rachianesthésie est d'une extrême simplicité que je vous demande la permission de vous rappeler : on fait asseoir le malade les jambes pendantes, les coudes aux cuisses et faisant le gros dos (1).

Avant de commencer, le chirurgien s'assure que la seringue

(1) Quand les malades sont trop faibles pour s'asseoir, on les fait coucher sur le côté en chien de fusil.

(de Straus) fonctionne bien ; il la rince à l'eau bouillie pour la débarrasser du borate de soude dans lequel elle a bouilli et qui précipite la stovaïne ; il lave aussi l'aiguille ; il puise la stovaïne dans une ampoule stérilisée contenant une solution au 1/10 représentant deux gouttes de solution pour un centigramme de stovaïne.

On chasse de la seringue le liquide en excès et on ne conserve que le nombre exact de gouttes dont on a besoin.

Le dos du sujet est lavé rapidement à l'alcool. L'opérateur explore la région lombaire et choisit l'espace interépineux le plus accessible.

La piqûre se fait soit sur la ligne médiane, soit latéralement.

Lorsqu'on a pénétré dans l'espace sous-arachnoïdien après avoir crevé la peau de tambour des ligaments jaunes, on voit sourdre du liquide clair. Il ne faut jamais injecter de stovaïne lorsque la ponction n'amène pas de liquide.

On articule alors la seringue et on injecte son contenu sans hâte ni lenteur.

Cette technique a été indiquée depuis longtemps par Tuffier, Guinard, etc. ; je n'ai pas à m'y étendre plus longuement.

Le malade est alors étendu sur la table et on procède à la toilette du champ opératoire. Pendant ce temps, l'anesthésie fait son œuvre, elle gagne le périnée, les pieds, les jambes, le tronc, et au bout de dix minutes elle est déjà presque à son maximum de hauteur.

L'injection rachidienne est impossible sur les sujets en opisthotonos, chez les obèses dont la graisse ne permet pas de sentir les apophyses épineuses ; chez certains sujets on rencontre des ossifications des ligaments jaunes qui arrêtent l'aiguille ; en se reportant dans les espaces voisins, on arrive toujours à trouver une voie de passage.

Pour ma part, je n'ai jamais raté la ponction.

Qualités de l'anesthésie. Avec une dose de 5 à 6 centigrammes, au bout de dix à quinze minutes l'anesthésie est complète et parfaite depuis les pieds jusqu'à l'ombilic ou même beaucoup plus haut (selon les doses et les sujets).

Tous les tissus sont anesthésiés à la douleur mais la sensation de contact persiste.

Les muscles sont paralysés en même temps que la sensibilité, de là une grande facilité pour la réduction des fractures et des luxations.

L'anesthésie est imparfaite quand on opère sur les frontières de la zone anesthésiée.

Elle est médiocre chez les nerveux, chez les peureux ; très

souvent ils se plaignent du contact des doigts ou de l'éponge et ne souffrent pas à l'incision ni à la piqûre. Ceci prouve que chez ces malades, la douleur est exclusivement psychique et due à l'auto-suggestion.

L'anesthésie peut-être nulle ou même remplacée par de l'hyperesthésie chez les alcooliques, chex les sujets très nerveux, en particulier chez les femmes au-dessous de trente ans et chez les hommes de dix-huit à vingt ans, et aussi chez les malades épuisés par une souffrance très vive, ou durant depuis très longtemps.

Sur 309 anesthésies je compte 19 échecs comprenant 8 cas d'alcoolisme avéré et 3 cas de malades épuisés par des douleurs violentes ou prolongées. Les 8 autres étaient des sujets jeunes et très émotionnés.

Les solutions de stovaine pure donnent plus souvent des échecs que les solutions de stova-cocaïne. J'emploie en effet une solution dans laquelle l'agent anesthésique est représenté par 3/4 de stovaïne contre 1/4 de cocaïne. Ce mélange procure une anesthésie beaucoup plus complète et plus étendue en hauteur; il est beaucoup mieux toléré que la stovaïne pure et on le conçoit d'autant mieux que la stovaïne et la cocaïne ont des propriétés physiologiques antagonistes.

Mes 19 échecs se répartissent de la façon suivante : 11 échecs sur 113 cas de stovaïne pure, 9 p. 100, et 8 échecs sur 186 cas de stova-cocaïne, c'est-à-dire 4 p. 100. Chose curieuse, j'ai vu plusieurs fois des malades ayant subi plusieurs anesthésies lombaires être anesthésiés la première fois et pas la seconde; j'ai vu aussi l'inverse.

Ces différences ne peuvent s'expliquer comme l'a dit Tuffier que par un déplacement de l'aiguille provoqué par un mouvement du malade, empêchant l'introduction de la stovaïne dans l'espace sous-arachnoïdien.

La question de dose a aussi son importance; j'ai vu souvent des doses moyennes ne pas donner d'anesthésie; avec une seconde injection, j'obtenais une anesthésie parfaite.

L'étendue de l'anesthésie est variable avec la dose, avec la nature de la solution, avec l'idiosyncrasie du sujet.

Une dose de 5 à 6 centigrammes de stova-cocaïne donne à peu près constamment une anesthésie remontant à l'ombilic.

7 à 8 centigrammes la font remonter vers le milieu du sternum.

9 à 10 centigrammes atteignent la clavicule ou même le front.

La dose de 5 à 6 centigrammes est toujours bien tolérée; celle de 7 à 10 centigrammes provoque parfois des vomissements chez les enfants nerveux mais je n'ai jamais vu d'accidents sérieux sur les sujets non cachectiques; je reviendrai plus loin sur ce point.

La stovaïne pure donne une anesthésie beaucoup moins élevée que la stova-cocaïne; à dose égale, la hauteur de l'anesthésie est très variable selon les sujets.

Une dose faible provoque une anesthésie totale chez certains sujets, tandis qu'une dose élevée ne l'amène pas chez d'autres.

La question des accidents et celle de la mortalité est de beaucoup la plus intéressante.

A l'exception d'un seul cas sur lequel je vais revenir, je n'ai observé, sur 309 sujets, que des incidents sans importance tels que ralentissement du pouls (qu'il est facile de combattre par une injection de caféine), pâleur, vomissements. Ceux-ci surviennent surtout dans les laparotomies, lorsqu'on tiraille sur les organes innervés par le grand sympathique; le malade ne vomit jamais plus d'une fois ou deux, puis tout rentre dans l'ordre; c'est une pluie d'orage qui passe en deux ou trois minutes.

Les sujets nerveux sont plus exposés que les autres à ces petits ennuis et la question de dose a évidemment une importance que l'on devinera aisément.

Dans un cas la mort est survenue pendant l'opération et je dois dire que l'opérateur est seul responsable de cet accident.

Voici le fait :

Il s'agissait d'un homme de trente ans, tuberculeux avancé, malade depuis longtemps d'une pleurésie purulente à épanchement énorme, qui l'avait conduit aux dernières limites de la cachexie. Il reçut 8 centigrammes de stova-cocaïne; il y eut une anesthésie totale qui permit de faire la pleurotomie avec résection d'un segment de côte.

Le pus qui s'écoula était très abondant (2 litres), très mal lié, couleur café au lait. Lorsqu'il fut complètement évacué, le pouls devint petit, incomptable, le malade pâlit, présenta des sueurs, perdit connaissance et enfin s'éteignit doucement en quelques minutes.

Il est certain que l'opérateur a eu tort d'employer la stovaïne lombaire à dose forte chez un individu très cachectique, d'autant plus que la stovaïne locale était parfaitement suffisante dans l'espèce.

Il est juste d'ajouter à sa décharge :

1° Que les morts subites sont très fréquentes dans les interventions sur la plèvre, même dans les simples ponctions, et qu'il est très possible que le décès n'ait aucun rapport avec la stovaïne;

2° Que l'anesthésie générale employée encore par beaucoup de chirurgiens pour la pleurotomie est encore plus dangereuse que la rachistovaïne et qu'elle tue tous les ans un nombre imposant de patients.

La rachistovaïne bien employée est certainement beaucoup plus bénigne que l'anesthésie générale, mais si on la pratiquait sans des précautions minutieuses d'asepsie elle occasionnerait facilement des accidents terribles.

Il faut prendre un soin minutieux des seringues à rachistovaïne et ne jamais s'en servir pour des ponctions exploratrices; une seringue qui a contenu du pus est infectée à jamais et ne doit plus servir pour l'anesthésie lombaire.

Les *accidents consécutifs* à la rachistovaïne sont au nombre de deux : ce sont les vomissements et la céphalée.

Les vomissements sont beaucoup plus rares avec la stovaïne qu'avec l'anesthésie générale.

Lorsqu'on ne prend pas de précautions spéciales, la céphalée s'observe fréquemment et se présente souvent avec une violence et une durée telles qu'elle constitue le plus gros grief à invoquer contre la méthode.

Les solutions concentrées de Guinard en ont diminué la fréquence sans la supprimer.

Le Filliâtre a recommandé un excellent moyen préventif contre la céphalée; il consiste à extraire 6 à 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, avant de faire l'injection. J'ai employé ce procédé un grand nombre de fois et je n'ai plus observé depuis lors de céphalées violentes ni durables.

Si pour une raison quelconque la céphalée s'est installée, on se trouvera bien d'évacuer par ponction 10 centimètres cubes de liquide rachidien. On peut au besoin recommencer le lendemain. Cette pratique est constamment couronnée de succès.

J'ai observé 2 fois sur 309 cas de la paralysie intestinale et vésicale se traduisant par un ballonnement du ventre et de la rétention d'urine.

Ces phénomènes ont duré 3 ou 4 jours puis ont disparu; les malades ont guéri.

On a parlé d'accidents éloignés; M. Reclus nous a cité l'an dernier l'opinion de Robert Odier d'après lequel la *cocaïne* « imprime à la cellule nerveuse des modifications matérielles assez importantes ». Or rien de tel n'a été constaté pour la stovaïne.

Pour moi je n'ai observé aucun accident éloigné ni avec la rachicocaïne ni avec la stovaïne bien que je revoie souvent un grand nombre de mes anciens malades.

On a observé en Amérique des accidents nerveux tardifs, consécutifs à des rachicocaïnisations (communication orale); ces accidents s'expliquent soit par l'infection (injection septique), soi par l'hystéro-traumatisme.

Depuis le 1er octobre 1904 il a été fait dans mon service *309* rachistovaïnes, tant par moi-même que par mon collègue M. Lenormand qui m'a remplacé, et par mes internes MM. Esbach, Kauffmann, Siegel, Francoz, Cottard.

Mes 309 observations peuvent se grouper en trois catégories :

1° 179 opérations sur les régions basses ;

2° 90 opérations sur la zone moyenne ;

3° 40 opérations sur les régions élevées.

Les opérations sur les régions basses sont celles qui intéressent le plus les chirurgiens car ce sont les seules qui soient admises sans contestation.

Elles comprennent les opérations les plus simples comme les plus importantes sur les membres inférieurs, le rectum et le vagin (y compris la désarticulation de la hanche, l'extirpation du rectum et l'hystérectomie vaginale).

Les opérations sur la zone moyenne ne sont pas admises par tous; elles comprennent les laparotomies basses : hernies, anus artificiels, cystostomie, appendicite. Cependant les hernies ont à peu près acquis droit de cité, mais l'appendicite n'a guère de partisans. Je dois convenir que si l'anesthésie lombaire est très satisfaisante pour l'appendicite à froid elle donne des résultats médiocres dans les formes chaudes ; en effet, les malades sont très nerveux à cause des violentes douleurs inhérentes à cette période.

Mes 90 opérations sur la zone moyenne se décomposent en :

74 hernies ;

11 appendicites ;

5 anus artificiels et cystostomies.

Les opérations sur les régions élevées se composent de 35 grandes laparotomies, c'est-à-dire hystérectomies abdominales subtotales ou totales, ovariotomies, entéro-anastomoses, kystes hydatiques du foie.

Il est difficile de faire admettre que les laparotomies peuvent être faites à la rachistovaïne ; pour moi, j'en suis très satisfait car j'ai constaté que les malades supportent très bien l'opération quand on sait les prendre. J'ai coutume de leur tenir le langage suivant : « J'ai l'intention de vous donner du chloroforme mais pour que vous n'en preniez pas trop nous allons commencer avec la piqûre et nous vous donnerons du chloroforme lorsque vous souffrirez. » Il est très rare que je sois obligé de passer au chloroforme.

Les suites opératoires sont beaucoup plus simples avec cette methode qu'avec l'anesthésie générale. Les opérés ne présentent aucune fatigue, aucune pâleur, pas d'altération des traits, ils ne vomissent pas et peuvent s'alimenter aussitôt.

Je n'ai perdu aucune de mes laparotomies à la stovaïne,

Mon opinion s'accorde donc parfaitement avec les opinions de M. Vidal (d'Arras) sur la gravité de l'atteinte portée à l'organisme entier par l'anesthésie générale.

Quoi qu'il en soit de mes impressions personnelles, je ne puis qu'engager mes collègues à employer la stovaïne lombaire pour les laparotomies lorsqu'il existe des contre-indications à l'anesthésie générale.

Je suis allé plus haut que l'abdomen et j'ai anesthésié deux pleurotomies, un Estlander et deux seins.

Pour la pleurotomie je dois faire machine arrière parce que l'anesthésie locale est suffisante dans l'espèce et à cause des dangers de mort subite.

La stovaïne lombaire ne donne pas des résultats assez constants pour opérer sur le sein, car cet organe se trouve souvent à cheval sur les limites de la zone anesthésiée.

Conclusions. — 1° La stovaïne lombaire est une admirable méthode d'anesthésie qui s'applique sans discussion possible aux membres inférieurs, à la région ano-génitale, aux hernies, à l'anus iliaque à l'appendice à froid.

2° Elle donne des résultats médiocres en tant qu'anesthésie chez les alcooliques, les nerveux, les jeunes femmes, et dans les affections très douloureuses.

Elle est dangereuse comme l'anesthésie générale chez les malades très cachectiques;

3° Elle ne présente aucun inconvénient immédiat;

4° Un seul inconvénient consécutif lui est attribuable, c'est la céphalée.

Il est facile de l'éviter par la soustraction de quelques centimètres cubes de liquide rachidien au moment de l'injection.

La céphalée établie cède facilement aux évacuations du liquide rachidien.

Présentation de malades.

Luxation du coude gauche en dehors et en arrière. Réduction par l'arthrotomie au bout de vingt-cinq jours. Résultat anatomique et fonctionnel très satisfaisant.

M. Kirmisson. — Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à votre examen un jeune garçon de dix ans, chez lequel j'ai réduit par l'arthrotomie une luxation du coude gauche en arrière et en

dehors datant de vingt-cinq jours. L'accident s'était produit le 1er novembre dernier, par chute sur le coude. Au moment de son entrée dans notre service, le 19 novembre, l'enfant présentait de l'impotence fonctionnelle et une déformation très manifeste de la région du coude. Ce qui frappe immédiatement, à première vue, c'est l'élargissement manifeste de la région du coude. Mesurée au compas d'épaisseur, la plus grande largeur est, pour le coude gauche, de 7 centimètres, tandis que le côté sain ne mesure que 5 cent. 1/2.

L'avant-bras est dans une position de flexion moyenne, à 135 degrés environ, associée à une pronation marquée. Quand on analyse la déformation du coude, on constate, à la région externe, la saillie de la cupule radiale que l'on reconnaît aux mouvements qu'on lui imprime pendant la pronation et la supination. Immédiatement en dedans de cette saillie osseuse, on en trouve une seconde, qui est en continuité avec le cubitus, et qui représente bien évidemment l'olécrane.

Plus en dedans, la palpation permet de reconnaître la cavité olécranienne déshabitée, et, plus en dedans encore, le rebord saillant de la trochlée humérale qui fait une saillie manifeste au côté interne du coude. La peau au-devant de cette saillie osseuse est tendue et luisante ; elle paraît prête à se rompre. On ne sent pas au-dessus d'elle la saillie répondant à l'épitrochlée qui a, sans doute, été arrachée au moment du traumatisme.

L'examen de la région du coude, par sa face antérieure, permet de noter de dedans en dehors le rebord de la trochlée, puis, au-devant d'elle, une masse arrondie, qui renfle l'extrémité supérieure de l'humérus et remplit la cavité coronoïde, constituant sans doute un obstacle à la réduction.

Les mouvements de la main et des doigts sont intacts ; il n'y a pas de troubles trophiques, ni de troubles de la sensibilité.

Le samedi 25 novembre, nous avons pratiqué chez cet enfant la réduction au moyen de l'arthrotomie. Le malade étant endormi, nous examinons d'abord très soigneusement le coude, et nous constatons de nouveau que l'olécrane est refoulé tout à fait en dehors, presque en contact avec l'épicondyle.

L'articulation est ouverte sur la ligne médiane postérieure par une incision de 8 centimètres environ, intéressant le périoste et le tendon du triceps. Le périoste est décollé à la rugine au niveau de la face postérieure de l'humérus ; l'index introduit dans la plaie cherche à reconnaître la cavité olécranienne sans y parvenir. On essaie d'imprimer quelques mouvements de flexion à l'avant-bras, mouvements au cours desquels il se produit un décollement de l'épiphyse olécranienne. En faisant bailler l'arti-

culation, on aperçoit le cartilage articulaire de la cavité sigmoïde, puis le cartilage articulaire du condyle.

En imprimant des tractions à l'avant-bras, en même temps qu'on repousse de dedans en dehors l'extrémité inférieure de l'humérus, on arrive à mettre à découvert la totalité du condyle huméral, puis la lèvre externe de la trochlée, et l'on fait passer au-dessous d'elle le bec de l'apophyse cronoïde. Dès lors, la luxation est réduite ; le membre reprend sa forme et sa direction normale ; l'élargissement du coude est supprimé.

On fait alors une série de points de suture au catgut sur le périoste et sur le tendon du triceps, de façon à maintenir en place l'épiphyse olécranienne décollée. On a eu soin, au préalable, d'interposer un petit drain entre la face postérieure de l'humérus et le triceps. On termine par la suture de la peau au crin de Florence et l'immobilisation du membre dans l'extension au moyen d'une attelle plâtrée.

L'appareil a été laissé en place pendant six jours. Le 1er décembre, l'enfant est endormi de nouveau ; le drain est supprimé, et l'on amène peu à peu l'avant-bras dans la flexion à angle droit. On le fixe dans cette position à l'aide d'un nouvel appareil plâtré qui a été conservé pendant quinze jours.

A partir de ce moment, on a commencé à imprimer des mouvements à l'articulation, et, sous l'influence de ce traitement combiné au massage, bientôt les mouvements du membre ont repris une amplitude de plus en plus grande. Aujourd'hui la flexion est complète ; seule, l'extension laisse encore un peu à désirer. Les surfaces articulaires sont dans leurs rapports normaux, ainsi que la radiographie nous a permis de le constater. Bref, le résultat fourni par l'arthrotomie dans ce cas particulier est pleinement satisfaisant. Nous le devons bien évidemment à l'asepsie parfaite qui a pu être réalisée ; jamais il n'y a eu le moindre suintement par la plaie, jamais la moindre élévation de la température. J'ajoute que c'est le second cas de luxation du coude en dehors et en arrière qu'il m'est donné d'observer.

M. Broca. — Je n'ai vu moi aussi qu'un seul exemple de cette variété rare. Le cas était récent, la réduction a été facile.

Fracture isolée de la tubérosité externe du tibia de cause indirecte.

M. E. Potherat. — La radiographie que je vous présente vous montre une fracture certainement rare, au moins si l'on s'en rapporte à la littérature chirurgicale. Des recherches radiographiques méthodiquement entreprises démontreraient peut-être que cette fracture ou des fractures analogues ne sont pas extrêmement rares, dans ce qu'on appelle les grosses entorses du genou. Il s'agit d'une fracture isolée de la tubérosité externe du tibia, survenue dans des conditions indiquées ci-dessous. Le trait de fracture parti de la face externe de l'épine du plateau tibial descend de haut en bas de dedans en dehors, pour se terminer sur la face externe du tibia à quelques centimètres au-dessous de l'articulation tibio-péronière. Ce trait intéresse toute l'épaisseur de l'extrémité supérieure du tibia, de sorte que le fragment de formes pyramidale et triangulaire à base supérieure, à sommet inférieur, comprend la totalité de la tubérosité externe du tibia.

L'examen direct m'a montré que la tête de un péroné est restée unie au tibia comme à l'état normal; en la saisissant entre le pouce et l'index et en essayant de la déplacer d'avant en arrière, on constatait de la crépitation osseuse; c'est même ce qui nous a mis, mon interne M. Sourdat, et moi, sur la voie du diagnostic que nous a sinon révélé, du moins affirmée la radiographie. Le péroné est intact dans toute son étendue. Il n'y a pas de déplacement vertical, mais seulement un jeu d'écartement latéral, de sorte qu'il y a une augmentation de l'extrémité supérieure du tibia. L'écartement approximatif, mesuré au compas d'épaisseur, est de 6 à 7 millimètres.

Cet accident est survenu à la suite d'un coup de pied de cheval reçu par le malade, charretier de 56 ans. Les renseignements fournis par le malade d'une part, les traces très nets du coup en accord avec les renseignements du malade, montrent que le coup a porté d'avant en arrière, de dehors en dedans sur la partie supérieure du tiers moyen du péroné, sans que l'extrémité supérieure du tibia ou la tête péronière aient été atteintes. C'est donc indirectement par une sorte d'arrachement que cette fracture s'est produite.

Subluxation récidivante de la hanche.

M. E. MICHON. — Subluxation récidivante et volontaire de l'articulation de la hanche gauche. — M. NÉLATON, rapporteur.

Présentation d'instrument.

Nouveau procédé de stérilisation du catgut.

M. F. LEGUEU. — Je vous présente, au nom de M. Robert, un catgut stérilisé d'une nouvelle manière.

Jusqu'ici nous utilisions le catgut stérilisé par l'alcool et porté à 120 ou 125° suivant la méthode de Répin.

Or, nous nous sommes assurés que la stérilisation par l'alcool ne pouvait conférer une absolue sécurité : il en est de même de la stérilisation par l'acetone, de celle par tyndallisation dans l'alcool à 60° et même de celle par les vapeurs d'alcool.

En effet, pour qu'il y ait stérilisation, il faut que l'alcool ou sa vapeur soit portée au centre du catgut : or cette pénétration n'existe pas. Des expériences nombreuses réalisées avec diverses matières colorantes nous ont montré qu'aucune de ces matières ne pénétrait au centre du catgut quand elle était mélangée à de l'alcool pour la stérilisation. Au contraire, dans un milieu aqueux, la pénétration se fait très bien jusqu'au centre du catgut. Nous pouvions donc conclure de ces expériences que l'alcool en durcissant la couche superficielle du catgut protège les couches profondes contre la pénétration : au centre du catgut, il y a une température de 120 étuve sèche ; ce n'est pas suffisant pour donner l'absolue sécurité. Celle-ci ne résulterait dans ces conditions que d'une répétition à plusieurs reprises de la même température au même degré. Mais chaque stérilisation par l'alcool enlevant au catgut de 5 à 20 0/0 de sa solidité, nous avons dû rechercher un autre moyen de stériliser le catgut : et nous abandonnons la stérilisation par l'alcool, bien qu'elle n'ait jamais donné une culture entre nos mains, mais parce qu'elle ne permet pas d'avoir l'absolue sécurité.

Et ce procédé nouveau auquel nous nous sommes arrêtés, le voici : Nous avons cherché non pas un liquide qui pénètre le

catgut, mais un liquide qui permette de le chauffer tant qu'on veut sans lui faire perdre sa solidité. Ce liquide est la benzine cristallisable : on peut dans ce liquide chauffer deux fois à l'autoclave à 130, sans lui faire perdre 1 0/0 de sa force.

Or, alors qu'il suffit — d'après les ensemencements réalisés par M. Grimbert, pharmacien-chef de l'hôpital Cochin — de deux passages à l'autoclave à 130° du catgut plongé dans un tube de benzine cristallisable pour que la stérilisation soit efficace, nous avons pris le parti de chauffer le catgut de 120 à 130° une heure par jour et pendant cinq jours de suite. Nous triplons ainsi le temps de la stérilisation nécessaire, et nous avons l'absolue sécurité désirable et cherchée. De plus, comme cette stérilisation ne modifie aucunement le catgut, il conserve à la fois sa souplesse et sa solidité.

Vous pouvez vous en assurer sur les échantillons que je vous présente.

Présentations de pièces.

Perforation du ventricule droit.

M. Ricard présente, au nom de son interne M. Gaudemet, un *cœur* dont le ventricule droit a été perforé d'un coup de couteau.

Le malade reçut dans la région du cœur un coup de couteau, à la suite duquel il est pris immédiatement de dyspnée intense et progressive. Transporté et vu à l'hôpital trois quarts d'heure après la blessure, il présente un pouls rapide et intermittent. La plaie de 2 centimètres de large est située dans le 5e espace intercostal gauche à 5 centimètres de la ligne médiane.

Les battements du cœur ont disparu à la palpation, mais ils sont entendus comme lointains à l'auscultation. Le pouls perçu à la radiale et contrôlé par l'auscultation, montre que toutes les contractions ne sont pas efficaces.

La percussion ne dénote pas de matité appréciable. L'opération est pratiquée par M. Gaudemet à cinq heures trois quart du matin, une heure un quart après la blessure.

L'anesthésie a lieu au chloroforme avec l'appareil Ricard sans incident :

Opération. — Volet thoracique à charnière externe et verticale, d'après Fontan, permettant de rabattre en dehors les 5e, 4e et 3e côtes, après section des cartilages costaux au bistouri et sec-

tion au costotome des 3e et 5e côtes en dehors, la 4e étant fracturée.

En rabattant ce volet, de 12 centimètres de côté, la plèvre gauche est ouverte et un pneumothorax se produit, sans incident d'ailleurs.

Incision du péricarde qui ressemble à un sac noirâtre. Jet de sang noir évalué à 200 grammes environ.

Le cœur, luxé en avant, montre une plaie de 4 millimètres sur la face antérieure du ventricule, près de l'oreillette. Brusque syncope en diastole. Le cœur est remis en place et massé. Ses mouvements se rétablissent et la respiration reprend.

Le cœur est à nouveau luxé. Un fil de catgut O est placé à l'aide d'une aiguille ronde. Nouvelle syncope guérie de la même façon. On passe un 2e fil. Troisième syncope.

3e fil, placé sur le cœur en syncope. Massage du cœur. Retour des battements : le surjet est alors serré. L'hémostase est parfaite. Suture du péricarde en surjet avec drainage à la partie inférieure.

Suture du volet thoracique après hémostase. Drainage de la plèvre par résection de la partie postérieure de la 8e côte.

Respiration rapide. Pouls plein régulier à 110. Cyanose légère. 1 000 grammes de sérum.

Mort 24 heures après avec des phénomènes de dyspnée progressive.

L'autopsie montre que la section a complètement tenu. La plèvre et le poumon sont intacts. Mais un caillot parti de la face profonde de la plaie ventriculaire et remontant entre les valves de la tricuspide peut expliquer les causes de la mort.

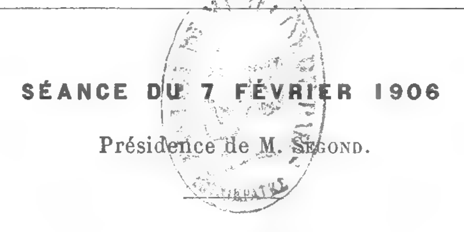
Épithélioma du maxillaire.

M. Morestin. — Épithélioma adamantin du maxillaire inférieur. — M. Mauclaire, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

P. Michaux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

Stérilisation du catgut.

M. L. PICQUÉ. — A la fin de notre dernière séance, notre collègue Legueu vous a présenté un nouveau procédé de stérilisation du catgut.

De ce procédé, je ne puis vous parler, ne l'ayant pas expérimenté, mais à ce propos notre collègue a formulé sur la stérilisation à l'alcool quelques reproches auxquels je désire répondre.

Tout d'abord, je dirai qu'il ne se rapproche du procédé de Refin qu'en ce que celui-ci utilisait les vapeurs d'alcool, mais sa technique était si défectueuse que celui-ci a été depuis abandonné partout.

Si je prends la défense de la stérilisation du catgut sous pression de vapeur d'alcool, c'est que depuis plusieurs années je l'ai expérimenté à Sainte-Anne, et que j'ai fait à son sujet un rapport à M. le préfet de la Seine, qui m'avait confié la mission d'organiser, dans mon service de chirurgie, un service central de stérilisation, et que, d'autre part, le regretté Nocard a examiné les résultats que nous avions obtenus, et nous a donné l'assurance, contrairement à ce qu'affirmait M. Legueu, qu'on pourrait avoir en cette préparation une absolue sécurité.

Il faut, quoi qu'on puisse dire, pour stériliser le catgut, une pénétration complète par l'alcool sous pression. J'en ai donné ailleurs les raisons, mais on ne peut l'obtenir qu'à la condition d'un dégraissage complet, opération très délicate et qui demande un tour de main spécial.

D'autre part, M. Legueu nie la pénétration de l'alcool; est-il bien tout d'abord sûr que le dégraissage ait été suffisant? De plus,

il me permettra de lui dire que le transfert des particules colorantes au centre du catgut qu'il considère comme caractéristique de la pénétration, est un fait absolument contraire aux lois fondamentales de la physique?

Comment peut-on soutenir qu'une vapeur transporte des particules solides de densité plus grande?

Ses expériences ne sauraient donc, quelque tenues qu'on le suppose, prévaloir contre la pénétration, et c'est l'argument principal que je veux lui opposer.

J'ai fait moi-même des expériences qui me paraissent plus concluantes; elles consistent à faire cultiver avant et après l'opération de la stérilisation le centre d'un catgut dissocié.

Dans le premier cas, les bacilles cultivent, ils restent stériles dans le deuxième cas, et M. Nocard, dont j'invoquais l'autorité incontestée, a confirmé ces résultats. La preuve de la pénétration me paraît donc évidente.

J'ai donc le droit d'affirmer, avec M. Nocard, que la stérilisation à l'alcool donne une sécurité absolue; de plus, elle conserve au catgut sa souplesse et sa solidité. J'ai apporté, il y a quelques années, des échantillons de mon catgut stérilisé, et j'ai pu vous faire constater sur ces échantillons que j'ai apportés en tubes scellés et que, par conséquent, je n'avais pas choisis, qu'il avait conservé toutes ses qualités.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2°. — Une lettre de remerciements de M. Willems, nommé membre correspondant étranger.

A propos de la correspondance.

M. Picqué dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Pieri (de Marseille), intitulé : *Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu. Guérison.*

Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. Picqué est nommé rapporteur.

3°. — M. Nélaton donne lecture d'un travail de M. Chavannaz (de Bordeaux), membre correspondant.

Lecture.

Traitement chirurgical des fistules gastro-coliques.

par M. G. CHAVANNAZ (de Bordeaux),
membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

Nous avons eu l'occasion d'intervenir dans un cas de fistule gastro-colique. Voici, résumée, l'observation de notre malade.

Il s'agit d'un homme de trente et un ans, dont le père et la mère sont morts: l'un d'une tumeur abdominale, l'autre d'un épithélioma de la face. Il n'a pas fait de maladie grave.

Depuis dix-huit mois, le sujet se plaint de lassitude générale, il maigrit, perd l'appétit, a quelques vomissements après les repas, et présente une constipation opiniâtre.

Le 10 septembre 1902 se produisent brusquement, dans la nuit, cinq vomissements noirs et horriblement fétides. Dans la suite, ces vomissements reviennent tous les trois ou quatre jours.

Le malade entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 8 octobre 1902.

A ce moment nous notons les détails suivants : Amaigrissement extrême, facies pâle; le sujet a l'air d'un tuberculeux à la dernière période. Ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression, mais permettant de trouver au niveau du creux épigastrique, sur les confins de l'hypocondre gauche, une tuméfaction profonde. Pas de selles ni de gaz par l'anus depuis plusieurs jours. Vomissements fécaloïdes. Température 36,4. Pouls 72.

Les jours suivants, le même état persiste. Vomissements fécaloïdes quotidiens. L'abondance de ces vomissements est considérable; leur aspect est le même que celui des matières qui viennent à être évacuées par l'anus. Celles-ci sont liquides, avec quelques parties solides tordues en forme de vrille. Pas de lientérie. Toucher rectal négatif.

Le 16 octobre 1902, sous chloroforme, nous pratiquons une laparotomie médiane sus-ombilicale. Il y a un peu d'ascite. Une tumeur du volume d'un gros œuf siège sur le côlon transverse, un peu à gauche de la partie moyenne; elle adhère à la grande courbure de l'estomac, ainsi qu'à une anse grêle. Toute idée d'intervention radicale doit être écartée. On prolonge l'incision vers le bas, on découvre l'S iliaque qui est si atrophié que ses bandes longitudinales sont au contact. Le côlon ascendant, de volume normal, est rapproché de l'S iliaque, et nous établissons une large anastomose entre ces deux parties du gros intestin, avec réunion par une double suture en surjet, à la soie.

Suture de la plaie abdominale à trois plans. Trois fils d'argent prennent en outre toute l'épaisseur de la paroi, sauf le péritoine.

L'opération est bien supportée. Plus de vomissements jusqu'au 19 septembre. A cette date, vomissement fécaloïde. Lavage de l'estomac. Les jours suivants plus de vomissements, selles liquides quotidiennes; le sujet peut prendre des aliments solides, l'appétit revient. Huit jours plus tard, nouveau vomissement fécaloïde, diarrhée. Lavage de l'estomac suivi d'une accalmie de trois jours.

Le 27 octobre, une anse grêle se montre entre les lèvres de la plaie légèrement désunies. Cette éviscération post-opératoire spontanée n'a été précédée, ni de suppuration de la paroi, ni d'élévation de température. L'anse grêle est réintégrée, et on fait quatre points de suture sur la paroi.

L'affaiblissement fait des progrès et la mort survient le 31 octobre.

L'autopsie limitée à la cavité abdominale a donné les résultats suivants :

Pas de péritonite, pas de suppuration de la plaie. L'épiploon recouvre l'anastomose qui est en parfait état et facilement perméable.

Une tumeur du volume d'un œuf réunit le côlon transverse à l'estomac. Les deux organes communiquent par une ouverture siégeant au niveau de l'antre pylorique, sur la grande courbure, et ayant le volume d'un gros doigt. La muqueuse de l'estomac est végétante au niveau de la tumeur. Un noyau néoplasique du volume d'une petite noix siège sur la petite courbure près du cardia. L'anse grêle accolée à la tumeur n'est pas envahie; elle constitue la partie initiale du jéjunum.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un carcinome, sans qu'on puisse en préciser l'origine.

Le traitement chirurgical des fistules gastro-coliques est de date récente, et pourtant il a été compris et exécuté de façons bien différentes.

Si nous laissons de côté les cas où l'on s'est borné à la laparotomie exploratrice et ceux où l'on a incisé simplement, ou ponctionné un foyer de péritonite suppurée dans lequel s'ouvraient l'estomac et le côlon, nous voyons qu'on a pu intervenir de quatre façons différentes. On a pu :

A. — Agir directement sur la fistule en allant par la laparotomie séparer l'estomac du côlon, fermer les orifices anormaux après un simple avivement, ou après une résection stomacale et intestinale.

B. — Pratiquer l'exclusion de la partie du gros intestin adhérente à l'estomac. Cette exclusion pourra être complète ou incomplète, d'où deux procédés :

α : Section et fermeture du côlon au-dessus et au-dessous de la fistule, suivie du rétablissement de la continuité du gros intestin; la portion adhérente du côlon est transformée aussi en un simple diverticule de l'estomac.

β : Par simple anastomose intestinale ordinairement colo-colique.

C. — Faire la jéjunostomie.

D. — Créer un anus au-dessus de la fistule, exécuter la colostomie.

Nos recherches nous ont permis de trouver dans la littérature médicale, seulement huit exemples de fistules gastro-coliques traitées chirurgicalement, y compris notre cas personnel.

De ces huit opérés, un a été traité par la méthode A (Reichel); cinq par la méthode B, dont trois par le procédé α (Hahn, Garré, Œhme) et deux par le procédé β (Garre, Chavannaz); un a subi la jéjunostomie (Eiselsberg); chez le dernier, c'est la colostomie qui a été pratiquée (Walter Edmunds).

Le sujet colostomisé ne semble avoir retiré aucun bénéfice de l'intervention. Celui qui a subi la jéjunostomie a obtenu une amélioration et a pu quitter l'hôpital un mois après l'opération; il ne peut s'agir ici que d'un résultat temporaire et palliatif. L'application unique de la méthode A (résection et suture des orifices anormaux) a été suivie de mort. L'opération, particulièrement difficile, avait duré trois heures et demie.

Des trois individus soumis au procédé α de la méthode B (exclusion complète de la portion colique adhérente à l'estomac), deux paraissent avoir complètement guéri ou tout au moins étaient en parfait état, l'un trois ans, l'autre neuf mois après l'intervention. Chez ces malades, la fistule était vraisemblablement consécutive à un ulcère de l'estomac. Le troisième, l'opéré de Œhme, retire un bénéfice immédiat de l'acte opératoire; il engraisse de deux livres, mais succombe dix-neuf mois plus tard aux progrès de son affection cancéreuse.

Des deux autres malades opérés par le procédé β de la méthode B (simple colo-colostomie), l'un, celui de Garre, engraisse de vingt livres et est retrouvé plus tard en bon état, sans qu'on nous indique la date précise du dernier examen, l'autre voit seulement diminuer la fréquence de ses vomissements fécaloïdes et succombe quinze jours plus tard beaucoup moins par éviscération post-opératoire spontanée que par les progrès de la cachexie.

En présence d'un individu atteint de fistule gastro-colique, pour faire choix d'une intervention chirurgicale si celle-ci est jugée possible et nécessaire, on devra se guider sur l'état général du malade, sur la nature des troubles qu'il éprouve et aussi sur l'origine de la fistule.

Si le sujet est encore résistant, il nous paraît indiqué de faire la laparotomie, de se rendre compte autant que possible, de la nature et de l'étendue des lésions.

En cas de fistule néoplasique, sans altérations par trop étendues, ce qui doit être exceptionnel, appliquer la méthode A (résection et suture). Si cette intervention doit conduire à des délabrements énormes, on en viendra à la méthode B purement palliative en cas de cancer, ayant recours à l'exclusion complète si le malade est encore résistant, se rabattant sur la simple anastomose, la colo-colostomie, chez les sujets affaiblis.

En présence d'autres patients, le chirurgien jugera que leur degré d'affaiblissement interdit toute opération de longue durée. Il sera indiqué d'agir chez eux par la jéjunostomie.

La jéjunostomie sera susceptible d'être exécutée avec la simple anesthésie locale. Si, grâce à elle, la nutrition se relève, elle rendra peut-être possible ultérieurement une intervention plus parfaite.

Le départ entre les malades justiciables de la colo-colostomie et ceux qui sont du domaine de la jéjunostomie, sera peut-être un peu difficile à établir. Tel qui serait traité par l'un par l'anastomose intestinale, serait considéré par l'autre comme devant ressortir à la jéjunostomie. Peut-être pourrait-on dire que ces deux opérations répondent à des troubles fonctionnels différents. La jéjunostomie revendique surtout les malades qui souffrent de la dénutrition. La colo-colostomie s'adresse surtout à ceux qui présentent des vomissements fécaloïdes.

On voit combien peu précises sont encore les conclusions thérapeutiques auxquelles nous sommes arrivé dans cette question obscure et peu connue du traitement chirurgical des fistules gastro-coliques; il semble cependant que l'exclusion du côlon transverse se trouve être l'opération le plus souvent indiquée.

A propos du procès-verbal.

Le drainage des voies biliaires.

M. Lejars. — Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler que M. Quénu, dans son intéressant rapport, avait étudié surtout la cholédoco-entérostomie et, en second ligne, les méthodes d'exploration des gros canaux biliaires et la duodénotomie exploratrice; au cours de la discussion, le sujet s'est élargi, et une question nouvelle a été soulevée : celle du drainage du canal hépatique. C'est à elle

que je m'arrêterai de préférence, en vous soumettant quelques faits.

Je tiens à dire, pourtant, que j'ai pratiqué, en 1896, à l'hôpital Beaujon, une cholédoco-entérostomie; je n'ai gardé, d'ailleurs, que des notes courtes — et un assez mauvais souvenir — de cette opération, qui fut malheureuse. Il s'agissait d'un homme d'une cinquantaine d'années, qui nous avait été adressé dans un état de cachexie avancée et avec tous les accidents d'une occlusion chronique du canal cholédoque : ictère très foncé, décoloration complète des matières, émaciation considérable, tumeur dure, bosselée, très mal limitée, du reste, dans la région sous-hépatique; la nature du barrage n'était donc pas douteuse, et j'intervins seulement dans l'espoir de faire bénéficier ce malheureux de quelque amélioration et d'une légère survie, en pratiquant la cholécystentérostomie.

Mais, le ventre ouvert, je découvris une vésicule rétractée, scléreuse enveloppée d'adhérences et qu'il était impossible de faire servir à l'abouchement intestinal; d'autre part, le canal cholédoque était très dilaté, et, après l'avoir dégagé du mieux possible, je pris le parti de l'anastomoser avec la première portion du duodénum. L'opération fut très laborieuse; pourtant, je parvins à la compléter et à réunir par une suture à points séparés les bords de l'incision faite sur le devant du cholédoque aux lèvres de la boutonnière duodénale. Je craignais que le malade ne succombât le jour même; il survécut trois jours et s'éteignit. Cette cholédoco-entérostomie m'avait laissé l'impression d'une intervention fort difficile et d'un avenir très borné; il convient de reconnaître que je l'avais pratiquée dans des conditions particulièrement défavorables.

Il est, d'ailleurs, évident que ces anastomoses cholédoco ou cholécysto-intestinales ne sont jamais que des opérations de pis-aller, précieuses sans doute dans le cancer et dans certaines autres occlusions rebelles à tout action directe, mais auxquelles on fait bien de ne se résoudre, dans les cas douteux où le calcul peut être en cause, qu'après une exploration aussi complète que possible des grosses voies biliaires, et, spécialement, de leur portion terminale.

La duodénotomie est alors susceptible de rendre parfois des services; dans une curieuse observation que je me contente de rappeler (1), le résultat négatif de cet examen par l'ampoule de Vater acheva de me démontrer que je n'étais en présence, ni d'une

(1) Diagnostic et traitement des accidents dus aux adhérences et aux brides péritonéales, *Semaine médicale*, 1904, p. 89.

occlusion cancéreuse, ni d'une occlusion par calcul, mais d'une véritable occlusion chronique et complète par adhérences : il s'agissait d'un malade qui m'avait été envoyé par mon collègue le Dr Paul Le Gendre, et chez lequel l'ictère durait depuis plusieurs mois, accompagné de décoloration des matières fécales, d'amaigrissement et d'une déchéance progressive de l'état général; à l'intervention, je trouvai une vésicule petite, ratatinée, ne contenant que trois petites concrétions et un peu de bouillie calculeuse, et entourée d'adhérences en nappes épaisses, qui se prolongeaient tout le long du pédicule hépatique, et au milieu desquelles il fut très malaisé de mettre à découvert le canal cholédoque. Pourtant, j'arrivai à le libérer peu à peu et à le suivre jusqu'au duodénum; on n'y sentait aucun calcul; j'ajoute que la tête du pancréas était toute normale de volume et de consistance. J'ouvris alors la deuxième portion du duodénum et j'explorai l'ampoule, sans y rien trouver : une bougie n° 5 fut insinuée dans cette ampoule, et, après quelques essais, elle pénétra dans le segment inférieur du cholédoque et je pus la faire remonter dans le canal, sans rien heurter ni rien percevoir de saillant ni de dur, quelques gouttes de bile sortirent derrière elle. Je refermai l'incision duodénale et terminai l'intervention. Or, les suites démontrèrent que les adhérences et les brides péritonéales étaient bien la cause unique de l'occlusion cholédocienne; au troisième jour, survint une selle colorée, l'ictère pâlit peu à peu, la guérison fut complète, et s'est maintenue depuis quatre ans.

Mais j'ai hâte d'en venir au drainage des voies biliaires principales et de dire avec quel intérêt j'ai écouté les importantes communications dont il a été l'objet. Le 11 mai 1904, j'avais lu ici un travail sur le « drainage du canal hépatique », et j'avais rapporté trois observations de lithiase diffuse des voies biliaires, vésicule et canaux, traités par la cholédoco-hépaticotomie, l'excision de la vésicule et du cystique, et finalement le drainage du conduit biliaire commun ; je vous avais présenté deux de ces opérées le 20 avril précédent; la troisième avait succombé, le cinquième jour, à l'anurie; je relatais en même temps la pratique de M. Kehr, que j'avais pu étudier, dans un récent voyage à Halberstadt, et que j'avais suivie dans mes trois opérations. Je fus accueilli avec quelque froideur; je suis heureux de voir que, depuis, la question a fait du chemin parmi nous.

Aux trois faits que je vous communiquais en 1904, je désire en ajouter trois autres, de date plus récente, et qui, tous trois, se sont terminés par la guérison.

Le premier a été publié déjà dans la thèse de mon ami et ancien interne, le Dr Guénot (1); je le résume simplement :

Homme de quarante-neuf ans, qui nous est adressé par le Dr Duchaine, et que j'avais opéré, en 1900, d'une appendicite à froid. Il souffrait depuis de longues années de l'estomac et du foie; en 1902, était survenu un premier ictère, accompagné de décoloration des matières fécales, et les accidents avaient duré quinze jours. En juillet 1904, la jaunisse s'était montrée de nouveau et avait persisté depuis lors; les douleurs revenaient, avec une intensité croissante, tous les cinq à sept jours; les fèces étaient grises; l'amaigrissement très marqué, l'alimentation nulle, l'aspect général très mauvais, lorsque le malade entra dans mon service, le 10 octobre 1904. On ne sentait pas la vésicule, et l'on réveillait seulement une douleur très vive en un point situé au-dessous et à droite de l'appendice xiphoïde.

L'opération eut lieu le 14 octobre. L'incision en baïonnette fut pratiquée : elle découvrit une vésicule biliaire assez petite, bourrée de calculs, légèrement adhérente à l'épiploon sur sa face inférieure, et un foie brunâtre, sans irrégularités ni bosselures; l'épiploon décolé et la vésicule biliaire libérée en suivant le canal cystique dans lequel se prolongeaient les calculs, on arrivait à un pédicule hépatique libre sur sa face postérieure, explorable par l'hiatus de Winslow, mais au niveau duquel on ne recueillit d'abord que des données peu précises ; en arrière, la tête du pancréas est de volume normal et ne présente aucune induration localisée.

On ouvre d'abord la vésicule qui est vidée de ses calculs et de la petite quantité de liquide brunâtre, purulent, qu'elle contient; l'incision est poursuivie sur le cystique, puis l'on dissocie à la sonde cannelée le feuillet conjonctif qui recouvre en avant le bord droit du pédicule hépatique, et l'on met au jour le canal cholédoque. En palpant sa paroi antérieure, on reconnaît une série de concrétions que l'on suit, par en haut, jusqu'au hile du foie. Le cholédoque est alors incisé en long, sur 2 centimètres environ, et la brèche prolongée en haut sur le canal hépatique ; par des pressions exercées de bas en baut, et surtout de haut en bas, on extrait sept calculs brunâtres peu friables, du volume d'une noisette ou d'une olive, les plus gros occupant le canal hépatique. Le cathétérisme du bout inférieur du cholédoque montre alors qu'il est libre; on ne sent plus rien sous le hile du foie. Un tube de caoutchouc est introduit dans le canal hépatique à une profondeur de

(1) J. Guénot. *Le drainage temporaire des voies biliaires dans la lithiase biliaire.* Thèse doct. 1905.

1 cent. 1/2 à 2 centimètres et fixé par un point de fin catgut à la paroi du canal; au-dessous du drain, deux points de catgut sont placés sur la portion déclive de l'incision du cholédoque. La vésicule est détachée et enlevée, ainsi que le canal cystique. Quatre lamelles de gaze stérile sont disposées autour du drain, qui est maintenu long et descend dans le pansement de 10 centimètres environ.

Au huitième jour, les lamelles furent retirées; le drain tomba au douzième jour; au bout d'un mois, tout écoulement biliaire avait disparu et la plaie était cicatrisée. L'ictère s'était effacé, les selles avaient repris leur couleur normale, les douleurs avaient cessé. Depuis, la guérison s'est maintenue.

Le second cas est celui d'une dame de soixante-quatre ans que j'opérai en novembre 1905 dans des conditions tellement précaires que je présumais devoir me borner à une intervention exploratrice. Ictérique depuis cinq mois, très amaigrie et d'aspect cachectique, vomissant tous les aliments, elle présentait bien, en effet, les apparences du néoplasme; or, d'autre part, l'examen de la région sous-costale droite révélait une tuméfaction diffuse, très mal limitée, d'ailleurs, et de consistance inégale; on ne trouvait pas la vésicule. Pourtant, l'intensité et la répétition des accidents douloureux, qui se reproduisaient par crises presque journalières, et des antécédents, assez lointains, mais très nets, de coliques hépatiques, étaient de nature à faire admettre quand même la lithiase, peut-être compliquée d'une dégénérescence néoplasique.

Je fis l'incision de Kehr, et j'arrivai sur une vésicule très petite, cachée sous le rebord du foie, enveloppée d'épiploon adhérent; je la libérai d'abord et je l'ouvris : elle contenait quelques calculs et surtout une grande quantité de bouillie biliaire épaisse; après l'avoir vidée et isolée avec une compresse, je continuai la besogne de dissection du canal cystique et du cholédoque, enfouis dans une gangue épaisse de fausses membranes fibreuses. Le cholédoque fut ouvert et vidé de cinq calculs qui remplissaient son segment inférieur; puis la vésicule et le cystique furent réséqués, un drain introduit dans le canal hépatique, l'incision, assez longue, du cholédoque, raccourcie par deux points de suture, et le foyer tamponné avec des bandelettes de gaze stérile disposées autour du drain. La plaie abdominale ne fut réunie qu'à ses deux angles.

L'intervention fut beaucoup mieux supportée que nous n'aurions pu le penser; au troisième jour, la bile se montra, assez abondante, dans le pansement; vers le septième jour, les selles commencèrent à reprendre de la couleur. Le drain fut laissé en place huit jours seulement. L'écoulement biliaire persista pendant

un mois, l'ictère s'atténuant de plus en plus, l'appétit revenant, et l'état général s'améliorant assez vite. Au bout de six semaines, la guérison était obtenue.

Enfin, ma troisième opération se rapporte à un confrère de quarante-deux ans, très ancien lithiasique, et qui, lui aussi, dans les derniers mois, en était venu à une situation des plus graves. La première colique hépatique remontait à 1893; elle avait été suivie d'une série d'autres accès, qui s'étaient répétés au cours des années 1894 et 1895; puis le calme avait reparu jusqu'en 1901. En 1901, deux crises, l'une en juillet, l'autre en octobre, qui durent huit à dix jours; en janvier 1902, une autre crise plus intense et plus longue. Nouvelle accalmie. En septembre 1905, les douleurs se reproduisent, avec une acuité particulière; la santé devient de plus en plus mauvaise, les digestions très pénibles, l'alimentation très réduite, l'amaigrissement continu; le 18 novembre, survient une exacerbation nouvelle, suivie, le 21 novembre, d'un ictère qui devient tout de suite très foncé. L'état est alors des plus inquiétants, toute espèce d'alimentation étant supprimée, et les douleurs persistant nuit et jour.

J'opérai le 6 décembre. Je trouvai une vésicule bourrée de 13 gros calculs, qui furent d'abord enlevés; puis, en suivant le cystique, je parvins sur le cholédoque qui contenait lui-même trois calculs de pareil volume. Il fut incisé sur sa face antérieure, et les calculs refoulés de bas en haut; l'extraction n'alla pas sans quelque difficulté, les concrétions étant assez fortement enclavées, surtout l'inférieure, qui ne se laissa mobiliser que sous une pression assez intense et jaillit au dehors. Je m'assurai, par le cathétérisme, que le bout inférieur du canal était libre, et j'installai le drainage du canal hépatique en tamponnant le foyer, autour du drain, avec des lamelles aseptiques. Bien entendu, la vésicule et le cystique avaient été excisés.

Le drain fut retiré le dixième jour; les suites furent régulières, et aujourd'hui le malade, dont la plaie est cicatrisée depuis un mois, reprend des forces et de l'embonpoint.

Mes trois derniers faits sont donc tout semblables aux trois premiers. Je crois, d'ailleurs, qu'on aurait tort de limiter la question au seul drainage du canal hépatique par un drain; il s'agit, en réalité, de toute une méthode, qui consiste dans la découverte et la revision intégrale des grosses voies biliaires, dans l'excision de la vésicule et du cystique, l'évacuation complète des canaux hépatique et cholédoque par une incision suffisante, et finalement le drainage direct de la bile. Pour être possible, l'intervention suppose une voie d'abord très large, et l'incision de

M. Kehr me semble excellente à ce point de vue ; je l'ai pratiquée une quinzaine de fois, et j'ai été souvent étonné du jour considérable qu'elle ouvre sur le pédicule hépatique. Cette mise à découvert de toute la région me paraît être un des grands progrès réalisés, et l'un de ceux qui ont permis à la chirurgie biliaire de devenir surtout canaliculaire, comme le disait M. le professeur Terrier, c'est-à-dire de s'adresser directement à la zone malade et au siège principal des accidents. Le drainage immédiat du gros canal commun répond au même but, et les observations émises au cours de cette discussion montrent bien quelle en est la réelle importance et l'intérêt que l'on aura désormais à le pratiquer en règle.

Épithélioma du confluent cystico-hépatique.

M. Tuffier. — La question de l'oblitération des voies biliaires, telle que M. Quénu nous l'avait présentée à propos de l'observation de M. Brin, s'est singulièrement élargie. Je vous ai dit précédemment la difficulté du diagnostic, et je viens insister encore sur ce point en vous présentant un nouveau cas de drainage du canal hépatique pour une lésion que nous n'avons pas encore étudiée ici. Il a trait à une oblitération du *confluent cystico-hépatique* par un néoplasme. C'est là une cause assez rare d'oblitération des voies biliaires et dont j'ai observé trois exemples.

Je dénomme ainsi ce processus pathologique, parce que son point de départ m'est inconnu. La tumeur se développe-t-elle sur la terminaison du canal cystique, sur la terminaison de l'hépatique ou sur le cholédoque ? c'est ce qu'il m'est impossible de préciser, car dans mes trois observations, le néoplasme, petit, envahissait cependant le confluent et oblitérait les trois conduits. Cette variété de tumeurs est absolument distincte des cancers du pancréas qui végètent à ce niveau, et elle n'est pas constituée par un ganglion lymphatique dégénéré ; je connais cette adénopathie, elle est toujours secondaire, elle est lisse, arrondie avec ou sans adhérences. La tumeur dont je vous parle est très dure, irrégulière, granuleuse à sa périphérie, elle a la consistance des cancers ligneux, elle étrangle la triade canaliculaire et je n'ai pas senti d'adhérence ou d'adénopathie voisine.

Les voies biliaires, dans ces cas, se présentent avec un aspect assez caractéristique, *la vésicule* est distendue dans deux cas ; c'était un véritable cholécyste, tendu, du volume d'une orange et contenant un liquide absolument clair que je ne puis mieux

comparer qu'à celui d'un kyste hydatique. Dans l'un d'eux, elle était vide, je ne dis pas normale, mais flasque, à parois onduleuses comme une membrane qui a été distendue et qui est évacuée. Il est probable que, dans ce dernier cas, j'ai opéré mon malade au moment où la vésicule s'était vidée et qu'il s'agissait d'un de ces faits étiquetés hydropisie intermittente de la vésicule biliaire. Le *canal cholédoque* est normal, mais au-dessus de l'obstacle, le *canal hépatique* est très volumineux, du volume du pouce, et son aspect bleuâtre, dans tous les cas, le fait ressembler à la veine porte; si bien que dans ma première opération j'ai longuement hésité, j'ai passé plusieurs minutes à dénuder ce canal, que j'ai fini par reconnaître, en voyant la veine porte derrière lui; je l'ai ponctionné avec une aiguille de Pravaz, et je l'ai incisé. Quand on trouve ce complexus, *cholécyste et dilatation de l'hépatique*, on peut être certain que l'obstacle siège à ce confluent, et je ne l'ai rencontré que dans ces tumeurs; je ne l'ai pas encore vu dans les lithiases.

Les symptômes présentés par ces tumeurs ont été ceux de toutes les oblitérations du cholédoque par un néoplasme, cependant avec quelques différences. L'ictère présenté par les malades a été incomplet pendant longtemps, il n'a pas eu cette progression et cette fixité habituelle dans les tumeurs du pancréas. De plus, il n'existe aucune tumeur, aucune induration appréciable à travers la paroi abdominale. Le foie n'était pas augmenté de volume mais dans un cas la vésicule, très distendue, était perceptible. Enfin, dans ma dernière observation, le malade présenta, dès le début, tous les signes d'une angiocholite infectieuse et continue. En somme, il existe un complexus semblable à celui que présentent les tumeurs du pancréas, c'est-à-dire un ictère chronique avec une augmentation de volume considérable de la vésicule biliaire, mais avec cette différence que le contenu de la vésicule est absolument clair dans le cas de néoplasme du confluent cystico-hépatique.

Les deux premiers malades que j'ai opérés ont succombé tous deux à cet ensemble symptomatique qu'on désigne sous le nom d'ictère grave, mais la marche de l'affection est relativement très lente; cette chronicité se comprend facilement, étant donné le siège et le petit volume de ce néoplasme.

La thérapeutique à opposer à une pareille lésion rentre dans le cadre des faits qui nous ont été présentés, puisque l'extirpation du néoplasme doit être suivie de l'anastomose du canal hépatique avec le tube digestif, et dans l'espèce, c'est au duodénum libéré à la Kocher qu'il faudrait donner le choix. C'est ainsi qu'a agi Williams Mayo (*Annals of surgery*, july 1905, p. 90). Dans les

trois cas que j'ai observés, j'ai suivi une conduite différente qui correspond bien aux étapes différentes de la chirurgie biliaire.

Dans ma première opération, qui date d'une dizaine d'années, il s'agissait d'un malade que j'ai opéré à Beaujon, en 1893, et qui m'était adressé par mon collègue Gilbert. J'ai pratiqué la laparotomie, j'ai constaté le siège de la lésion, je l'ai crue au-dessus de nos moyens d'action et j'ai refermé l'abdomen.

Chez ma seconde malade dont j'ai rapporté ici l'histoire, j'ai ouvert le canal hépatique, j'ai cherché à anastomoser le tube digestif à ce niveau; ma suture a d'abord tenu, et, au bout de quelques jours, il s'est fait une fistule et la malade a fini par succomber au progrès de sa lésion. Ma troisième observation est inédite, elle a été pratiquée le 15 décembre dernier avec l'aide de mon collègue Hue (de Rouen); voici l'observation que M. le professeur Magniaux (de Rouen), m'a adressée :

« M. L..., âgé de cinquante-trois, sans antécédent héréditaire morbide, ayant joui antérieurement d'une bonne santé, menant une vie assez tranquille, sans excès, faisant beaucoup d'exercices physiques, présente, au début d'octobre, à la suite d'un refroidissement, des symptômes d'embarras gastrique apyrétique.

Appelé à voir M. L..., vers le 15 octobre, je le trouvai ne se plaignant que de perte d'appétit, d'une légère sensation de fatigue, de frissonnements le soir, de sueurs la nuit. Les conjonctives étaient très légèrement subictériques. A l'examen, rien; foie ne déborde pas rebord costal, est indolore. M. L... fut mis au repos, au lait; prit quelques doses de sulfate de soude, un peu de sulfate de quinine; lavements froids. Tout cela sans aucun résultat. La température à type intermittent oscille de 38° à 39°.

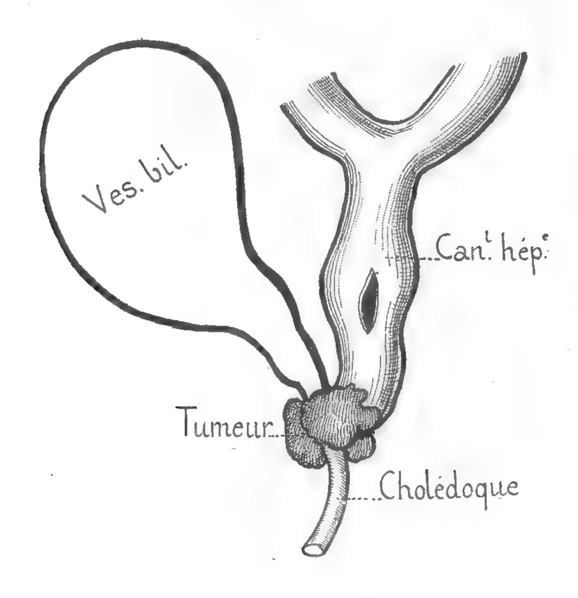
Le subictère limité aux conjonctives était peu marqué, variable; il devient plus marqué le 29 octobre, s'étend légèrement à la peau. Pas de pigment dans les urines. Matières fécales ont une coloration habituelle. Je modifie mon diagnostic, et le tranforme en diagnostic d'angiocholite, de cause inconnue. Pouls peu élevé relativement à la température normale (80 à 100 pulsations).

Le 31 octobre, un confrère appelé à voir M. L... avec moi, conseille un bain frais le soir. La fièvre persiste sans modification. Le malade maigrit peu à peu; il passe sa journée étendu, à lire. Les matières fécales ont une coloration normale, sont moulées; les urines, foncées en couleur, ne présentent la réaction de Gmelin que d'une façon très intermittente. Le malade n'accuse aucune douleur. Il prend avec plaisir ses trois litres de lait et ne désire rien autre chose. Les frissons ont disparu depuis que M. L... est moins tenu à la chambre; les sueurs la nuit sont rares. Pouls le même.

Le 17 novembre, je supprime les bains et prescris, par jour, 4 grammes de salicylate de soude. Pendant quelques jours, la température est abaissée, puis elle se relève à nouveau.

Le 22 novembre, les urines sont nettement ictériques; le malade est plus jaune; un ictère qui en définitive a la teinte jaune citron clair; les selles sont décolorées. Cet ictère se développe et se complète du 22 au 27 novembre. Le foie augmente de volume, reste indolore. Le malade, pesé à cette époque, pèse encore 143 livres; il a maigri de 10 kilogrammes.

M. Chauffard, appelé à voir le malade, pense à un épithélioma obstruant les voies biliaires, conseille de tenter de lui donner quelques doses d'huile d'olive pour désobstruer les voies biliaires. Cela sans



résultat. Le foie semble devenir à cette époque volumineux; il mesure sur la ligne axillaire 16 centimètres. Le développement du foie est surtout accusé depuis que l'ictère, avec rétention biliaire, s'est installé définitivement. Le foie est mou, pâteux, indolore à la pression et spontanément. On ne sent pas la rate. Pas de ganglion sus-claviculaire. Une analyse d'urine démontre l'existence de pigments biliaires, un chiffre d'urée normal, 26 grammes par jour, plutôt supérieur à celui qu'on pensait trouver étant donné l'alimentation lactée du malade. L'urine est abondante, 2 lit. 1/2 par jour, ne contient pas d'albumine. Beaucoup de pigments biliaires; traces d'urobiline.

Le malade, pesé le 6 décembre, ne pèse plus que 140 livres. L'abdomen a conservé une certaine épaisseur des parois; ce sont surtout les membres, la face qui ont maigris. Une nouvelle analyse d'urines donne les mêmes chiffres que la précédente : 1 lit. 1/2 d'urine; 30 grammes d'urée; beaucoup de pigments biliaires; urobiline, 0,24; albumine, 0,15. Une nouvelle consultation médicale conclue à la nécessité d'une intervention. »

Le 19 décembre le malade présentait, au moment où je l'ai opéré, une température de 39°3; c'était, en somme, sa température depuis le début de son affection. Je fais une laparatomie (incision en baïonnette, coussin de Mayo-Robson). La vésicule est distendue, le foie normal ne dépasse pas les fausses côtes. Je constate la présence d'une tumeur au niveau du confluent cystico-hépatique. Son volume est celui de la dernière phalange du petit doigt, elle est dure, ligneuse, irrégulière à sa surface, sans adhérences; au-dessous d'elle le canal cholédoque a son volume normal, au-dessus la vésicule biliaire a le volume du poing, elle est tendue, lisse, transparente; la ponction laisse évacuer un liquide absolument clair. Le *canal hépatique* se présente sous forme d'un cordon du volume de l'index, bleuâtre, se terminant brusquement au niveau du noyau néoplasique; sa direction et son volume sont tels, que mon collègue Hue ne veut pas accepter que ce ne soit pas la veine porte. Si moi-même je ne l'avais pas vue avec ce même aspect dans des opérations antérieures, j'aurais partagé son opinion. Je fais une ponction à la seringue de Pravaz pour lever toute hésitation; il s'agit bien de liquide biliaire. J'incise alors le canal hépatique et je recueille, sur des compresses, environ 200 grammes de bile. Les plus grandes précautions sont prises pour recueillir ce liquide, étant donnée sa septicité de ce liquide. Je pratique le cathétérisme du canal hépatique avec drainage extérieur, et je fixe ce drain à la peau après avoir eu bien soin d'enlever le coussin dorsal *avant cette fixation*. Je crois cette précaution indispensable si l'on veut éviter l'accident qui consisterait à laisser sortir le drain du canal au moment où on enlève le coussin dorsal.

« Les suites de l'opération furent excellentes. Le lendemain, la température tombait à 36°5, pour ne plus s'élever au-dessus de 37 degrés. La bile s'écoule au dehors; l'ictère disparaît peu à peu, les urines reprennent leur coloration normale, les matières fécales restent décolorées. Le malade mange, et de fort bon appétit, viande, œufs, pâtes, légumes; les digestions sont bonnes. Les forces reviennent peu à peu; des injections de sérum ont été faites avec avantage. M. L... reste levé cinq heures par jour, marche. L'amaigrissement ne s'accentue pas; il y a un léger engraissement. Urines ne contenant ni pigment biliaire, ni albumine.

L'état du malade est actuellement si satisfaisant qu'il refuse de se laisser opérer à nouveau pour extirper son néoplasme. »

En somme, dans ces néoplasmes, si le malade est apyrétique, l'extirpation de la tumeur hépatico-cystique avec anastomose hépatico-duodénale s'impose; si, au contraire, il existe un état fébrile qui indique une affection biliaire grave, l'opération en deux

temps, dont le premier consiste à faire tomber les accidents infectieux par le drainage de l'hépatique, me paraît le procédé le plus prudent, c'est celui que j'ai suivi dans ce dernier cas.

M. Pierre Delbet. — Il y a un mois environ, j'ai indiqué brièvement quelques déductions que l'on peut tirer des acquisitions nouvelles sur l'anatomie des voies biliaires.

Huit jours après, mon ami Hartmann a attaqué l'une de ces déductions : celle qui a trait à l'état de la vésicule dans les obstructions des voies biliaires.

J'avais émis l'hypothèse que pour expliquer l'atrophie ou la distension de la vésicule, on serait peut-être plus près de la vérité en substituant à la notion de nature de l'obstacle celle de siège.

Hartmann déclare que c'est là une erreur. Pour lui, le siège n'a pas d'importance. Ce sont les calculs qui produisent l'atrophie de la vésicule et ils l'atrophient parce qu'ils l'enflamment.

Pour combattre ma manière de voir et pour soutenir la sienne, Hartmann nous dit textuellement :

« Dans tous les cas d'oblitération calculeuse cystique que j'ai eu l'occasion d'opérer, bien loin de voir une rétraction de la vésicule inutilisée, j'ai vu de grandes dilatations de la vésicule par une sorte de mucocèle du sac. »

Les grandes hydropisies de la vésicule existent, mais ne sont pas ici en question. En tout cas, je ne crois pas que beaucoup de chirurgiens les aient vues avec cette constance, lorsqu'il existe des calculs dans la cystique. Pour ma part, avec des calculs du col ou du cystique, j'ai trouvé habituellement la vésicule rétractée.

Mais admettons, comme le veut Hartmann, que les calculs du cystique amènent constamment de grandes dilatations de la vésicule. Alors, son argumentation devient difficile à comprendre.

Si les calculs du cystique produisent une grosse distension de la vésicule, c'est donc ou bien que l'inflammation ne joue pas un rôle capital, ou bien que seuls de tous les calculs des voies biliaires, ceux du cystique ont le privilège de ne pas produire cette inflammation.

D'autre part, si Hartmann pense que les calculs du cystique amènent de grandes dilatations de la vésicule et ceux du cholédoque, l'atrophie de la même vésicule, comment peut-il dire que je suis dans l'erreur en faisant jouer un rôle au siège de l'obstacle. Il attribue au siège de l'obstacle une action tout aussi grande que je le fais moi-même, mais cette action serait de sens inverse.

Et ainsi il se range à l'opinion de Wiart.

Wiart, à l'occasion de ma communication, m'a écrit une intéressante lettre. Comme moi, et je puis dire, il me semble comme

Hartmann, il attache une importance capitale à la notion de siège; mais il pense, comme Hartmann, que les calculs du cystique amènent une dilatation de la vésicule. Quant aux calculs qui amènent l'atrophie de la vésicule, il les place dans la portion hépatique du canal double. Pour lui, l'atrophie s'expliquerait et parce que la vésicule est inutilisée et parce qu'elle peut se vider de ses sécrétions muqueuses.

A la manière de voir de Wiart, j'ai deux choses à objecter. D'abord, il me semble difficile qu'un calcul de la portion hépatique du canal double puisse oblitérer l'hépatique sans comprimer complètement le cystique, de sorte que dans ce cas l'évacuation de la vésicule serait bien problématique.

D'autre part, la variété des calculs primitifs des voies biliaires principales ne permet guère d'admettre que le siège dans la portion hépatique du canal double soit fréquent.

Hartmann, à l'appui de son opinion, déclare encore que dans bien des cas il a constaté la sclérose de la vésicule, alors que le calcul siégeait incontestablement dans le cholédoque. Je répondrai en rappelant que j'ai observé un cas de cancer du pancréas englobant le canal double qui avait amené une atrophie complète de la vésicule sans trace d'inflammation.

Cela prouve que si l'inflammation joue un rôle, ce qui est très probable, elle n'est cependant pas le seul facteur qui puisse amener l'atrophie de la vésicule.

Dans son exposé oral, Hartmann a été plus explicite que dans sa rédaction écrite, et il nous a dit que, dans un cas, il avait pu voir au-dessus de la loge du calcul enlevé l'éperon hépato-cystique.

Hartmann me permettra de lui dire que sur le cadavre en se donnant tout le jour possible, il n'est point aisé de voir cet éperon. Il me permettra de lui dire qu'un pli quelconque de la muqueuse peut facilement en imposer pour un éperon. Enfin il me permettra de lui demander comment il peut être sûr, l'éperon étant visible dans la loge du calcul, que le calcul en place n'oblitérait pas l'orifice du cystique en même temps que celui de l'hépatique.

Bien plus embarrassants sont les cas où, le calcul enlevé, on a pu mettre une sonde directement dans le canal hépatique. Il est possible, comme je l'ai dit, qu'un calcul siégeant dans la portion cystique du canal double amène une atrophie, une résorption de la cloison qui sépare les deux canaux, sans cesser pour cela de les obstruer tous les deux.

Mais, Messieurs, je ne veux pas insister. Dans les sciences expérimentales ou d'observation, les considérations théoriques, les déductions logiques, ne sont jamais de nature à entraîner la conviction.

Ce qui est certain, c'est que les notions anatomiques sur les voies biliaires que l'on considérait naguère comme solidement établies sont en partie erronées. C'est aussi, il me semble, que les notions nouvellement acquises en anatomie doivent nous conduire à soumettre à une revision sévère un certain nombre de points de la pathologie.

M. Hartmann. — Je suis heureux de voir que mon collègue Delbet n'est plus aussi absolu et qu'il admet, dans une certaine mesure, le rôle de l'inflammation. De mon côté, si j'ai dit que constamment le calcul du cystique déterminait l'hydropisie de la vésicule, l'expression a dépassé ma pensée; d'une manière générale les hydropisies de la vésicule m'ont semblé liées à la présence d'un calcul du cystique, mais je ne voudrais pas dire qu'il y a là un rapport absolu, c'est la règle, voilà tout.

Comme vient de le dire très justement Delbet, les considérations théoriques, les déductions logiques n'ont pas d'importance; ce qui intéresse, ce sont les faits. Or, à ce point de vue, je maintiens absolument ce que j'ai dit : La semaine dernière j'ai eu encore l'occasion de pratiquer deux cholédochotomies qui m'ont montré les deux dispositions que j'ai le plus souvent rencontrées. Dans un des cas, il existait des calculs du canal cholédochocystique dilaté avec un hépatique moyennement dilaté s'ouvrant dans la poche calculeuse. Dans l'autre, répondant absolument à la discussion actuelle, le calcul unique siégeait dans l'ampoule de Vater, le cholédoque et l'hépatique étaient très dilatés, le cystique et la vésicule rétractés et siège d'une atrophie scléreuse. Ces faits répondent absolument à ceux que j'ai observés jusqu'ici. M. Delbet demande comment j'ai pu voir l'éperon, et si je l'ai vu dans un cas, auquel j'ai fait allusion dans ma précédente communication, pourquoi on ne pourrait pas admettre que le calcul siègeant à son niveau comprimait à la fois les deux canaux, hépatique et cystique. La réponse est très simple, j'ai incisé le cholédoque au-dessous de l'éperon, puis j'ai fait remonter de la région pancréatique un calcul situé beaucoup plus bas et ramené à la hauteur de la boutonnière faite.

J'ai observé de semblables faits un certain nombre de fois, je crois que c'est la règle et que le cas de cancer pancréatique si intéressant de M. Delbet n'est qu'un cas exceptionnel. Quand M. Delbet nous présentera une série de vingt-cinq observations confirmant son opinion, je m'inclinerai; jusque-là, en présence des faits observés, je continuerai à admettre que l'atrophie de la vésicule est en rapport avec l'existence d'une sclérose d'origine inflammatoire.

M. DELBET. — Je serai le plus heureux des hommes quand j'aurai à vous apporter vingt-cinq cas de calculs siégeant *incontestablement* dans le cholédoque.

Communication.

Pancréatite chronique. Rétention biliaire par compression probable du cholédoque. Oblitération du cystique. Cholécystectomie. Drainage de l'hépatique. Mort,

par M. TERRIER.



M. L..., trente-huit ans a toujours joui d'une bonne santé. Toutefois, depuis quelques années, il souffre de douleurs rhumatismales. A eu la syphilis à vingt-deux ans. Le début de l'affection remonte à janvier 1904. A ce moment le malade ressentit de violentes douleurs en ceinture irradiées dans l'étage abdominal supérieur avec un maximum douloureux dans le flanc droit et au voisinage de l'ombilic (à 5 ou 6 centimètres au-dessus et à droite de l'ombilic). En même temps apparaît une glycosurie assez accentuée, les urines contenant 150 grammes de sucre par vingt-quatre heures. Cette glycosurie dure environ trois semaines. Sous l'influence d'un régime sévère, le sucre disparaît complètement, les douleurs diminuent considérablement mais non totalement, il persiste toujours une légère douleur dans la région para-ombilicale.

En juillet, après avoir absorbé beaucoup de fruits, le sucre reparaît, mais en moins grande quantité que la première fois : 45 à 50 grammes par vingt-quatre heures. A la fin de juillet, étant en traitement à Aix-les-Bains, où on l'avait envoyé pour cette douleur persistante qu'on pensait être de nature rhumatismale, le malade a un embarras gastrique violent, vomissements, fièvre, diarrhée abondante et fétide, traduisant une infection intestinale intense. Le 29 juillet, l'ictère apparaît, très léger, se limitant presque exclusivement à une teinte ictérique des conjonctives. Depuis le commencement de son infection intestinale le malade a maigri *très rapidement*, 8 kilogrammes en un mois.

Pendant tout le mois d'août l'état reste à peu près stationnaire, toutefois l'ictère s'est accentué en même temps qu'il s'étendait à tous les téguments. De vives démangeaisons sont apparues. Et en septembre le malade se met à un régime sévère à base de lait et d'eau de Vichy.

Ce traitement n'ayant nullement amélioré l'ictère, le 1er décembre le malade vient à Paris consulter. On lui ordonne le régime lacté, des féculents et des pâtes alimentaires. Ce régime est suivi strictement du 1er décembre au 15 janvier 1905. L'ictère diminue légèrement, mais la diarrhée persiste. Les selles sont molles, peu colorées et *très fétides*.

Le 15 janvier 1905, l'ictère reparaît brusquement en cinq à six jours,

atteint son maximum, la coloration étant extrêmement foncée, presque noire. On fait à ce moment l'analyse des urines qui contiennent du sucre (non dosé).

Le malade consulte alors un autre médecin qui prescrit le régime antidiabétique. Ce régime est suivi de février au 15 avril. Le sucre disparaît mais l'ictère persiste. L'amaigrissement continue et marche avec rapidité. En mars le malade pesait 48 kilogrammes.

Puis peu à peu l'ictère augmente encore d'intensité, le malade semble être addisonien.

En mai 1905, il consulte le professeur Hayem qui ne lui ordonne qu'un traitement gastrique et le remet au régime lacté. Ce régime et suivi pendant trois semaines sans le moindre résultat.

Le Dr Hayem prescrit alors un traitement intensif d'iodure de potassium qui, lui non plus, ne donne pas la moindre amélioration.

En juillet le malade consulte le professeur Terrier qui, en prévision d'une affection du pancréas, le fait entrer dans une maison de santé.

Examen dans l'état actuel (22 juillet).

L'ictère a beaucoup diminué, le malade conserve cependant une légère teinte jaune; les conjonctives et le frein de la langue étant encore fortement colorés.

Il est dans un état général médiocre, l'amaigrissement progressif l'a amené a une émaciation extrême, les os dessinant leur saillie sous la peau. La peau est sèche, peu souple et portant, en nombreux endroits, des lésions de grattage.

La palpation et la percussion ne révèlent pas de grandes modifications des organes : le foie est normal dans son volume, la matité hépatique ne débordant pas les fausses côtes. La vésicule biliaire, non douloureuse, est sentie, elle est un peu plus dure que normalement mais non hypertrophiée. L'estomac non distendu.

Par la palpation profonde on sent un peu au-dessus et à droite de l'ombilic, en un point qui répond à la tête du pancréas, une induration mal limitée, douloureuse à la pression. Cette induration de forme ovalaire mesure environ 5 centimètres dans son grand axe horizontal et 3 à 4 dans son axe vertical. Cette tumeur n'est pas mobile ; elle ne se déplace pas avec les mouvements respiratoires.

La percussion ne relève pas de matité à ce niveau.

Les autres organes sont normaux.

Le malade urine 1.500 à 1.800 grammes d'urines foncées de couleur presque acajou.

Les selles, couleur mastic sont d'une fétidité extrême. Depuis quatre à cinq jours, elles sont un peu recolorées.

L'appétit est bon. Mais le sommeil a disparu.

M. Terrier propose une intervention le 23 juillet. Le malade se sentant mieux depuis qu'il est au repos dans la maison de santé la refuse provisoirement.

Le 24 juillet, petite crise hépatique douloureuse, frisson, température 37°8. Les douleurs s'accentuent notablement et le malade accepte alors l'opération qui est faite le 27 juillet 1905.

Diagnostic avant l'opération : Pancréatique chronique de la tête du pancréas avec compression du cholédoque.

Opération. — Prof. Terrier; aides : Drs Gosset, Desjardins. Chloroforme, Dr Boureau.

On place un billot dans la région lombaire du malade.

Incision en baïonnette, commençant à l'appendice xyphoïde et se terminant sur le bord externe du droit à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

A la première inspection, le foie et la vésicule semblent normaux, non hypertrophiés. Après avoir garni on explore le pancréas; on voit alors, au niveau de la tête, une tumeur irrégulière, bosselée, du volume d'une grosse noix, ovoïde, à grand axe horizontal. Cette tumeur est mal limitée et il semble que presque toute la tête du pancréas soit envahie. Sa consistance est rénitente, presque molle par points, elle est mobile avec le pancréas, et n'est liée à aucun organe voisin.

Cependant son volume, et surtout son manque de limite nette ainsi que son adhérence avec le cholédoque qu'elle englobe, en rendent l'extirpation impossible.

Cette tumeur n'ayant pas les caractères typiques d'un carcinome, on en prélève un petit fragment pour le faire examiner. En pleine tumeur, avec le bistouri et les ciseaux on enlève un petit cube, d'environ un demi-centimètre. Cette incision intra-pancréatique, pourtant minime, provoque une hémorragie assez notable qu'on arrête en tamponnant avec quelques gouttes d'adrénaline et plaçant deux pinces de Kocher sur une artériole.

On se reporte ensuite vers les voies biliaires. Le doigt explorateur sent le long du petit épiploon des ganglions au nombre de six à huit, du volume d'une amande, échelonnés dans le petit épiploon, le long du cholédoque.

La vésicule biliaire, non hypertrophiée, mais à parois très épaisses, est alors incisée au niveau de son fond; elle ne contient pas de calculs mais un liquide extrêmement épais, filant, semblable à de la mélasse, qui adhère aux parois de la vésicule, de couleur pistache. Ce liquide est si épais et si filant qu'il ne coule pas par l'incision et qu'il faut essuyer la muqueuse pour la débarrasser de cet enduit. On voit alors la muqueuse injectée, rouge, dépolie, et si friable que les mors de pinces déchirent la paroi à plusieurs reprises. La vésicule est ainsi ouverte dans toute sa longueur. On arrive au cystique, qui est considérablement rétréci, tandis que ses parois sont hypertrophiées. A l'aide d'une bougie en gomme n° 12 (le 14 n'ayant pu passer), on peut après quelques tentatives pénétrer dans le cystique qui, plus loin, est complètement oblitéré. En effet, la bougie s'arrête à la terminaison du cystique et ne peut pénétrer ni dans l'hépatique ni dans le cholédoque. On incise alors le cystique, sur la bougie servant de conducteur et, à la section, on voit ce cystique complètement fermé. On poursuit l'incision, mais il ne coule pas une seule goutte de bile.

On se reporte alors vers la partie supérieure du petit épiploon et on dénude un canal du volume du petit doigt de couleur bleuâtre, exacte-

ment semblable à la veine porte comme volume et comme aspect. Dans le doute on pratique une ponction à l'aide de l'aiguille de Pravaz et il sort de la bile : c'est l'hépatique extrêmement dilaté. On l'incise au bistouri après avoir garni avec soin. Un flot de bile jaillit avec une force qui témoigne d'une pression intense. Après avoir évacué une quantité de bile d'environ 200 grammes, on agrandit l'incision et on place un drain dans cet hépatique. Le drain remonte jusqu'à la bifurcation du canal. Le bout inférieur exploré jusque dans le cholédoque montre l'occlusion complète de ce cholédoque, enserré par la tumeur pancréatique.

On enlève ensuite la vésicule et le cystique jusqu'au ras du cholédoque.

On met deux points de suture sur l'épiploon de façon à limiter la cavité du drain, et on referme la paroi avec deux étages à la soie fine et un plan superficiel au crin.

Durée de l'opération 1 h. 8 minutes. Chloroforme à la compresse.

Suites opératoires. — Le malade est reporté dans son lit. Réveil au bout d'une demi-heure, avec des nausées et des vomissements. On lui fait 1.500 grammes de sérum en deux fois.

Le soir, température 37 degrés, pouls 85. Langue humide.

Le lendemain matin, température 37°7, pouls 115. La langue est moins humide.

Mais dans la nuit le malade a eu plusieurs vomissements noirs.

Dans la journée, les vomissements hémorragiques sont très fréquents. On fait encore 500 grammes de sérum, de l'huile camphrée de quatre heures en quatre heures. Le soir, M. Terrier fait laver l'estomac. Température : 39°4, pouls 120.

Le malade meurt à 4 heures du matin.

Il faut noter que quelques jours avant son opération, le malade avait uriné du sang en quantité notable, phénomène qu'il avait déjà observé, sans d'ailleurs y attacher d'importance.

Examen histologique des pièces,
par M. le Dr Legros, chef du laboratoire de la Clinique.

L'examen histologique porte sur un fragment pancréatique prélevé au cours de l'opération et sur la vésicule biliaire.

Pancréas. — Ce fragment est le siège de lésions atrophiques et scléreuses; le tissu interstitiel, hypertrophié aux dépens du parenchyme glandulaire, enserre et subdivise irrégulièrement les lobules et les acini; il est constitué par des fibrilles et des fibres conjonctives (tissu adulte). Les cellules glandulaires offrent par places des lésions de dégénérescence granulo-graisseuse; il s'agit, en somme, d'un processus de cirrhose atrophique.

La vésicule biliaire présente des parois épaissies, les culs-de-sac glandulaires sont dilatés et extrêmement flexueux, avec un revêtement épithélial cylindrique bien conservé, et une infiltration embryonnaire diffuse s'étendant jusqu'à la couche musculaire. Il n'y a pas de sclérose de la couche cellulo-graisseuse.

Deux pipettes contenant un liquide visqueux prélevé dans la vésicule biliaire furent ensemencées en milieux aérobies et anaérobies et ne donnèrent aucune culture après plusieurs jours sur ces différents milieux.

L'analyse des fèces a été faite par M. René Gaultier, le 13 juillet 1905; en voici les conclusions :

« 1° La durée de la traversée digestive est plus longue que la normale (quarante-sept heures);

« 2° Le rapport du poids des substances sèches au poids des substances fraîches est notablement diminué, double constatation qui traduit un état de diarrhée relative ;

« 3° La putridité des fèces est considérable ;

« 4° La réaction est franchement alcaline ;

« 5° L'examen microscopique montre la présence de nombreuses fibres musculaires mal digérées ;

« 6° Et surtout une extraordinaire abondance de gouttelettes de graisse, facilement reconnaissables par les réactifs histochimiques, comme composées en majorité de graisses neutres ;

« 7° Cet examen chimique indique, en effet, une utilisation très incomplète de ces deux ordres d'aliments ; la quantité d'azote total est très au-dessus de la normale, et la quantité de graisses excrétées est énorme, puisque près des deux tiers se retrouvent dans les fèces, et cela principalement sous la forme de graisse neutre.

On peut en conclure que le trouble apporté dans le retard de l'évacuation, c'est-à-dire dans le fonctionnement moteur de l'intestin par l'absence de bile, dont l'action se fait sentir par une mauvaise utilisation des graisses et des albuminoïdes, est considérablement augmenté par une diminution notable de la sécrétion pancréatique. Cette dernière est accusée par la diarrhée relative ;

la putridité des fèces ;

la réaction alcaline (par putréfaction des albuminoïdes mal digérés) ;

l'augmentation notable des éléments azotés, et surtout la non-transformation des aliments gras, qui apparaissent presque tous entiers sous la forme de graisses neutres, microscopiquement et chimiquement des plus caractéristiques.

« Nous pouvons donc dire, qu'à l'absence totale de bile dans l'intestin est surajoutée une diminution notable du suc pancréatique, ne permettant pas toutefois de penser à une altération totale de la glande, mais suffisante pour songer à une altération partielle (adénome, kyste, épithéliome), ou plus simplement à une réaction inflammatoire comme on en rencontre au cours de l'ictère catarrhal ».

Nous avons vu par l'opération combien les conclusions précédentes se sont vérifiées, et l'importance de l'examen des matières intestinales.

Les résultats que je viens de vous exposer me sont donnés par l'examen des fèces, fait suivant la méthode du Dr René Gaultier.

Il a consigné dans sa thèse « Essais de coprologie clinique » de nombreux faits concordants. A ma connaissance, dans un cas de pancréatite chronique de mon service à l'hôpital de la Pitié, le diagnostic fut établi avec exactitude et mon élève M. Desjardins qui l'a rapporté dans sa thèse, le déclare en ces termes : « La méthode coprologique de René Gaultier nous a permis d'établir d'après le fonctionnement de la glande un diagnostic que nous avons vérifié exact au cours de l'opération. » (Obs. 35, thèse Desjardins, Paris 1905.)

MM. Quenu et Duval, dans la *Revue de Chirurgie* du 10 octobre 1905, rapportent tout au long une observation de cholélithiase et concluent : « L'examen des fèces par la méthode de René Gaultier donne d'excellents résultats, Gaultier lui-même a examiné notre troisième cas et le résultat qu'il obtint fut positif. » Enfin je vous citerai encore un cas de lithiase du cholédoque, relaté par M. Chauffard dans la *Semaine médicale* du 10 janvier 1906, et dans lequel l'analyse des fèces fut faite par M. Bagros, interne en pharmacie du service, suivant la technique proposée par René Gaultier. M. Chauffard conclut « que les meilleurs signes que l'on puisse attribuer aux pancréatites cholélithiasiques sont le degré extrême de l'amaigrissement et *l'abaissement très prononcé du cœfficient d'utilisation des graisses.* »

Tels étaient les faits que je tenais à vous rapporter, qui justifient le court exposé de la méthode de M. René Gaultier que je vais essayer de vous présenter (1).

Elle s'appuie d'abord sur un *repas d'épreuve* logiquement composé, mettant en jeu l'activité spéciale des différentes glandes digestives dont on désire connaître la valeur fonctionnelle. Ce repas d'épreuve comprend :

Pain blanc	100	grammes.
Viande de bœuf	60	—
Beurre	20 à 30	—
Lait	3 à 500	—
Pommes de terre	100	—

Ensuite elle nécessite l'emploi d'un moyen commode de *délimiter*, aussi exactement que possible, les résidus fécaux correspondant à ce repas, moyen qui consiste dans l'emploi de poudre de carmin administrée sous forme de cachets au commencement, au milieu et à la fin du repas.

(1) *Technique de l'exploration du tube digestif. Actualités médicales*, Paris, Baillière, 1905. — *De l'exploration fonctionnelle de l'intestin par les matières fécales*, Paris, Baillière, 1905.

Les fèces ainsi délimitées, recueillies, sont examinées au point de vue physiologique de la durée de la traversée digestive, au point de vue des caractères physiques généraux, au point de vue macroscopique, chimique, au besoin bactériologique; et de ce *syndrome coprologique*, ainsi constaté, peuvent être tirées des conclusions diagnostiques suivant les formules suivantes.

Les fèces chez les individus atteints d'affections du foie. — Elles se présentent de la façon suivante.

a) Quand il y a absence ou seulement diminution de la bile dans l'intestin :

1° La durée de la traversée digestive est allongée, et cela dans des proportions variables avec cette diminution.

2° Le rapport du poids des fèces sèches au poids des fèces fraîches est modifié; il y a diminution de la quantité d'eau avec augmentation du poids des substances sèches.

3° La réaction des fèces est acide.

4° La quantité de graisse d'un repas d'épreuve est beaucoup moins bien utilisée; plus d'un tiers est en effet excrétée; et cela sous forme différente de la normale, puisqu'il y a plus de moitié de G. N. par rapport aux graisses dédoublées A G et S.

5° Les hydrates de carbone, par contre, eux, ne subissent aucune modification dans leur utilisation normale.

6° Les albuminoïdes excrétées sont augmentées dans les proportions de 13 à 17 p. 100 exprimées en azote total; avec un repas d'épreuve logiquement composé, on ne trouve ni albumine, ni albuminoses, et la méthode de digestion secondaire de Schmidt reste négative.

7° Enfin, il y a décoloration des matières plus ou moins prononcée, due à la diminution des pigments biliaires décelable par une réaction de Gmelin nulle ou peu marquée.

Les fèces chez les individus atteints d'affections pancréatiques.

b) L'absence de l'apport du suc pancréatique dans l'intestin se manifeste de la façon suivante :

1° Durée de la traversée digestive raccourcie.

2° Diminution de la quantité d'eau des fèces et augmentation du poids des substances sèches.

3° Réaction neutre ou alcaline par putréfaction des albuminoïdes non digérées.

4° Avec un repas d'épreuve, la quantité de graisse des fèces est considérablement augmentée; plus des deux tiers des graisses alimentaires ne sont point utilisées, et, parmi ces graisses excrétées, on retrouve près des trois quarts de G. N. non dédoublées.

5° Les hydrates de carbone, par contre, sont relativement bien

utilisés; à peine l'épreuve de fermentation donne-t-elle un petit dégagement de gaz.

6° Mais l'azote total est augmenté dans des proportions de 26 à 33 p. 100, tandis qu'on ne trouve ni albumine, ni albuminose, et que l'épreuve de la digestion secondaire de Schmidt reste négative.

En terminant cet exposé, j'insisterai encore pour la distinction entre le déficit biliaire et le déficit pancréatique, sur l'importance non point seulement de la *stéatorrhée* qui ne traduit qu'un défaut global d'utilisation des graisses trop rapproché dans les deux cas pour qu'on puisse tabler sur lui ; mais surtout de ce que Hallion, dans son rapport au Congrès de Liége 1905 sur les *sécrétions pancréatiques*, analysant la méthode de Gaultier, caractérise sous le nom d'*hypostéatolyse*, qui traduit un défaut de dédoublement des graisses que l'analyse chimique *qualitative* permet seule de constater.

Présentation de malade.

Luxation paralytique de l'extrémité supérieure du radius en arrière et en dehors.

M. Le Dentu. — Je tiens à vous présenter une jeune femme de vingt-deux ans, atteinte d'une luxation complète de l'extrémité supérieure du radius seul, en arrière et un peu en dehors. Cette malade a eu une paralysie infantile du bras droit à l'âge de cinq ans. On constate que le membre entier est excessivement grêle. L'acromion, la clavicule, l'humérus ont subi une atrophie extrême. Les parties molles sont presque plaquées sur le squelette. D'un bras à l'autre il y a une différence de 8 centimètres en circonférence, d'un avant-bras à l'autre une différence de 4 centimètres. Tous les muscles semblent avoir été frappés également. Mais ils ont gardé une certaine puissance, car jusqu'à un accident survenu il y a quelques jours, la malade pouvait se coiffer, vaquer aux soins de son ménage, soulever un seau contenant jusqu'à 6 ou 8 litres d'eau. Ces renseignements donnés par la malade ont été pleinement confirmés par son mari.

La capsule articulaire scapulo-humérale est très allongée et la tête humérale est éloignée de l'acromion de plusieurs centimètres. La moindre pression sur le coude de bas en haut et d'arrière en avant détermine une subluxation de la tête en avant. La réduction

s'opère presque d'elle-même lorsqu'on cesse le soulèvement du coude.

Il y a une dizaine de jours, cette femme a fait une chute sur le coude. Elle affirme que, depuis ce jour-là seulement, elle a remarqué une saillie anormale existant en arrière et en dehors du coude droit. Dans cette saillie on reconnaît sans peine la tête du radius. Elle est située presque exactement derrière le condyle, un peu en dehors, ainsi que je l'ai déjà dit. La cupule s'est élevée à plus de 2 centimètres au-dessus du plan inférieur du condyle. Celui-ci se distingue facilement dans le pli du coude.

Autour de la tête du radius déplacée on ne voit *aucune trace d'une lésion traumatique* : ni contusion superficielle, ni ecchymose, ni gonflement. La pression, les examens répétés ne causent absolument aucune douleur. La flexion et l'extension se font dans toute leur amplitude normale. Les seuls mouvements supprimés ou très limités, sont ceux de pronation — celle-ci est déjà portée presque à l'extrême — et de supination.

Comment admettre, dans ce cas, une luxation traumatique, purement traumatique, récente? Aussi bien n'est-ce pas à cette interprétation que je me suis arrêté. Il y a tout lieu de penser que, par suite de la paralysie incomplète des muscles qui entourent l'articulation du coude, et particulièrement du court supinateur, la capsule s'était relâchée depuis longtemps, et la malade portait sans s'en douter une luxation paralytique huméro-radiale plus ou moins accentuée. Il est possible que le traumatisme ait augmenté le déplacement, mais sans causer de lésions sérieuses autour de l'articulation.

A l'appui de cette interprétation, je puis invoquer l'augmentation de longueur relative du radius, qui est évidente sur cette radiographie, et que la mensuration révèle également. En effet, du côté sain, le cubitus, mesuré depuis la saillie olécranienne jusqu'à la pointe de l'apophyse styloïde et le radius, ont tous deux un peu plus de 23 centimètres. Du côté de la luxation, le cubitus a 20 centimètres et demi, et le radius à peu près 22 centimètres et demi. Cette différence de 2 centimètres prouve que l'extrémité supérieure du radius, ayant depuis longtemps perdu le contact normal avec le condyle, s'est développée outre mesure et a dépassé le cubitus d'une certaine longueur. Par rapport à ce dernier il présente donc une augmentation. L'humérus gauche a 3 centimètres de plus que celui du côté de la luxation.

Ce qu'il y a de curieux, c'est que la chute a déterminé une sorte d'inhibition des muscles du bras et de l'avant-bras qui les a rendus impropres à tout usage. Peut-être faut-il rattacher cette impotence subite à de l'hystéro-traumatisme. En tout cas, je

trouve dans cette circonstance une indication suffisante pour une intervention sanglante. Toute manœuvre violente étant à éviter comme pouvant être dangereuse, et surtout comme devant être inefficace, la résection de la tête radiale offre la seule chance de rétablissement des fonctions du membre. Je pratiquerai incessamment cette opération et je ne manquerai pas de vous rendre compte de ses suites.

M. Kirmisson. — Il y a deux raisons qui viennent appuyer ce qu'a dit M. Le Dentu. 1re raison tirée de la longueur du radius allongé ;

2e raison. Grosse déformation de la tête du radius.

M. Demoulin. — Je me demaude ce que pourra produire la résection de la tête du radius.

M. Le Dentu. — L'indication réside en ceci que la malade se servait de son bras, se coiffait, faisait son ménage, soulevait des objets lourds avant la chute qu'elle a faite.

Que celle-ci ait simplement ébranlé le bras et causé par action purement nerveuse l'impotence, ou que celle-ci soit le résultat d'une exagération de la luxation, je ne me trouve pas autorisé à laisser la malade dans l'état actuel.

Présentations d'instruments.

Trois modifications à l'appareil de Ricard

M. Walther. — Depuis la fin du mois de février 1905, je me suis servi de l'appareil de Ricard et j'ai fait plus de 400 anesthésies d'abord par le chloroforme seul, ensuite par le chloroforme après injection de scopolamine. Cette expérience me permet de dire que je trouve l'appareil de Ricard excellent. Je ne puis ici entrer dans la discussion close sur la question, mais je tiens à vous apporter un appareil qui présente trois modifications qui me semblent utiles.

1° Le tube de caoutchouc est remplacé par un tube métallique s'adaptant à ses deux extrémités par un ressort en baïonnette.

2° Le masque qui, quelquefois, s'adapte difficilement aux différentes formes de la face est serti d'un bourrelet de caoutchouc

creux qui lui permet d'épouser exactement les surfaces sur lesquelles il est appliqué.

J'ai expérimenté depuis quelque temps avant de vous les présenter ces modifications que M. Collin a bien voulu faire à ma demande et je dois dire que les petits inconvénients résultant de la flexibilité trop grande, de la coudure possible du tube, de la difficulté d'application exacte du masque chez certains sujets, ont disparu.

3° Je vous signale enfin une troisième modification qui est due à M. le Dr Calvet (de Valence) et qui consiste dans une transformation des ajutages du réservoir telle que la soupape peut être adaptée indifféremment sur les deux ajutages. Il en résulte que l'appareil fonctionne aussi bien quand le malade est dans le décubitus latéral, tandis que dans l'appareil primitif, la soupape fixée à l'ajutage central fonctionnait difficilement ou mal dans cette position. M. Calvet avait demandé cette modification à M. Collin depuis le mois de mai 1905. Je me suis servi de l'appareil ainsi modifié, et j'ai pu constater, ce qui était facile à prévoir, le parfait fonctionnement de la soupape dans le décubitus latéral.

Présentation de pièce.

Cystoscopie directe.

M. LUYS. — Extraction d'un corps étranger de la vessie à l'aide de la cystoscopie directe. — (M. DELBET, rapporteur.)

Le Secrétaire annuel,

P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1906



Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. DEPAGE (de Bruxelles), qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

3°. — Des lettres de M. MICHAUX et de M. GUINARD qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. TUFFIER dépose sur le bureau de la Société un travail intitulé : *Écrasement du coude*, etc.

M. TUFFIER, rapporteur.

M. HARTMANN dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Chauvel (de Quimper), intitulé : *Sarcome kystique de l'ovaire*, etc.

M. HARTMANN, rapporteur.

Discussion.

Note sur le traitement de certains kystes hydatiques suppurés.

M. Quénu. — Dans les réflexions que j'ai présentées sur le traitement des kystes hydatiques, j'ai laissé de côté la question des kystes hydatiques suppurés, mais puisque M. Reclus y a fait allusion, je demande à en dire quelques mots.

Certains kystes hydatiques suppurent spontanément, de la façon la plus insidieuse, sans réaction douloureuse, sans aucune réaction thermique.

J'ai soigné l'an dernier un enfant de seize ans, un jeune apprenti, qui ne se doutait pas être porteur d'un kyste hydatique ou de quelque lésion que ce soit. Ses camarades lui firent un jour remarquer qu'il avait un côté plus gros que l'autre; sa mère me l'amena et je découvris un gros kyste hydatique du foie; je fus très surpris en opérant ce kyste de voir du pus s'écouler par le trocart; aucun débris d'hydatide; le microscope seul en nous révélant les crochets caractéristiques nous permit d'affirmer la nature de cette espèce d'abcès froid. Il est bien probable que la suppuration spontanée de ces kystes est le résultat de la rupture de quelques canalicules biliaires avoisinant la poche et que la virulence très atténuée de la bile explique l'absence complète des symptômes. Ces poches purulentes deviennent stériles comme nombre d'abcès du foie. Je pense encore que c'est de la sorte que survient la guérison spontanée de quelques kystes hydatiques et encore la guérison à la suite d'une simple ponction : il peut se produire, comme je l'ai montré en 1896 (Société de chirurgie) par décompression une rupture des canalicules biliaires d'où résultent une stérilisation du kyste au point de vue hydatique, mais parfois en même temps une infection microbienne. Cette infection légère n'empêche pas toujours la guérison spontanée par le procédé de la ponction que les médecins glorifient sous le nom de traitement médical.

Tous ces faits sont comparables aux guérisons qui surviennent malgré une infection légère post-opératoire (indépendante de l'acte opératoire proprement dit) et dont j'ai parlé la dernière fois, voilà pourquoi je les rapproche.

Chez le petit apprenti dont je parlais au début de cette communication, ce fut une surprise de voir le pus s'écouler par le trocart. Comme il n'existait pas de membranes, je formolai la poche et par le trou du trocart je me contentai d'introduire un petit drain.

Les cultures étant demeurées stériles, malgré la constatation de microorganismes en même temps que des crochets, je ne laissai le drain que quatre jours. Je le retirai avec d'autant moins d'hésitation que j'avais pris soin d'accoler la paroi du kyste à la paroi abdominale par des sutures au catgut; or, au bout de trois semaines (du 10 juin au 30 juin), la réunion était complète. La guérison se maintint du reste, car j'ai encore revu mon opéré cet automne dernier, soit plus d'un an après.

Dans une autre observation (1) il s'agit d'un kyste du rein ou de la partie postérieure du foie renfermant du pus et des vésicules dont quelques-unes pleines de liquide louche. La plaie fut suturée complètement et accollée au péritoine un drain intra-pariétal contre la suture. L'opération eut lieu le 27 mars; le 2 avril, enlèvement du drain, le 10 avril, enlèvement des fils; la guérison est définitive.

Voilà donc deux observations dans lesquelles, malgré la suppuration du kyste, l'effacement rapide de la cavité et la guérison par première intervention ont été obtenus. Ces deux exemples confirment les conclusions que j'avais tirées des observations de kystes infectés post-opératoirement.

Est-ce à dire que je préconise en général la réunion par suture des kystes hydatiques suppurés? En aucune façon. Je dis seulement : quand l'excellent état général du malade, l'absence de toute sensibilité et de toute fièvre ont conduit au diagnostic de kyste hydatique simple, non suppuré, si, contre toute prévision, on tombe sur une poche suppurée, on a le droit de supposer que le pus est stérile ou très peu virulent, et au lieu de marsupialiser, on peut, soit comme dans mon premier cas, en l'absence de débris d'hydatides, mettre un petit drain par l'ouverture du trocart agrandie, quitte à l'enlever trois ou quatre jours après quand les cultures auront démontré la stérilité du pus, soit même suturer complètement après formolage et assèchement. Il est prudent, et par conséquent essentiel, d'accoler la ligne de réunion hépatique à l'incision pariétale et de placer un drain au contact. Je ne pense pas qu'en agissant de la sorte on risque grand chose, et le pis qu'il puisse arriver, c'est qu'on ait secondairement à élargir son ouverture. Sinon, on garde les plus sérieuses probabilités d'obtenir une guérison rapide.

En présentant ces observations, je n'entends nullement, je le répète, conseiller la réunion pour les kystes suppurés en général; la règle thérapeutique reste, pour les collections purulentes d'ori-

(1) Ces deux observations ont été publiées tout au long par M. Robsenstein dans la *Tribune médicale*, janvier 1906.

gine hydatique, ce qu'elle est pour toute autre collection purulente : la large ouverture et le maintien de la porte ouverte, largement ouverte. Je n'ai visé que le traitement des collections qui n'ont plus de la purulence que l'aspect, et j'ai montré qu'on peut les traiter comme une poche à contenu stérile qnelconque; à plus forte raison demeurerai-je fidèle à la réunion des kystes dont la stérilité microbienne s'affirme par la transparence parfaite du liquide. Mon opinion est donc aussi divergente que possible de celle de M. Marion. Je n'avais pas été assez frappé, dans sa communication, par l'hostilité irréductible qu'il manifeste contre la suture des kystes hydatiques du foie. La lecture de l'extrait plus complet qui a paru dans les *Archives de médecine* m'oblige à relever quelques erreurs.

M. Quénu, dit M. Marion, « a proposé le formolage de la poche qui agirait d'une part en durcissant les parois et en évitant les suintements et, d'autre part, en désinfectant les parois et la cavité », et il ajoute : « Si la méthode (celle de Bond, Bobroff, Delbet) était à l'abri de tout reproche, il était inutile de chercher à la modifier ». Mais où M. Marion a-t-il pris tout cela? Chacun sait que le formolage n'a qu'un seul but, c'est d'éviter la greffe échinococcique; il n'a jamais été question d'autre chose dans mes communications et dans les travaux de M. Dévé. Il est certain que M. Marion n'a lu ni les uns ni les autres.

D'autre part, M. Marion a le tort d'écrire que « les chirurgiens français ont cru bon de laisser dans l'ombre leurs échecs ». Cette accusation me paraît inacceptable.

Voici le relevé des kystes hydatiques qui ont été opérés dans mon service depuis 1898. Je relève 24 cas, dont 1 opéré par M. Duval et 1 par M. Sebileau; en y ajoutant 3 cas de ma statistique de ville, j'arrive au chiffre 27. Sur ces 27 cas, 3 ont été traités par l'extirpation complète ou incomplète (extirpation de la vésicule biliaire dans 1 cas), 3 guérisons. Dans 5 cas, la poche fut marsupialisée, 2 morts et 3 guérisons. La mort survint dans 2 cas de kytes hydatiques suppurés de la face convexe, passés d'urgence de médecine dans mon service dans un état lamentable et opérés *in extremis*.

Dans 1 cas de kyste suppuré cité plus haut, un drain fut placé dans la cavité le quatrième jour, la guérison eut lieu en trois semaines.

Dans 1 cas que je puis compter à l'actif de la suture, il existait 10 kystes : 4 furent capitonnés, 6 drainés, 2 suturés. Réunion des kystes suturés.

Dans 18 cas (y compris le précédent), le kyste fut suturé. La réunion fut obtenue dans 11 cas.

Dans 1 cas, la réunion échoua, mais on ne dut pas réouvrir, et une guérison que je puis qualifier de rapide fut obtenue en deux mois pour un kyste de la face convexe de 3 lit. 1/2.

Dans 1 cas (de M. Duval), la réunion fut obtenue en douze jours, mais trois mois après, on dut réouvrir à cause de la suppuration du kyste.

Dans 1 cas datant de la fin de décembre dernier, on ne fut pas obligé d'ouvrir secondairement, mais il y a encore un certain suintement par le petit drain pariétal.

Dans 4 cas enfin, l'insuccès fut complet; 3 de ces cas ont été publiés en 1900 dans les Bulletins. Dans l'un d'eux, il s'agissait d'un tuberculeux qui succomba cinq mois après à la tuberculose pulmonaire. Dans le 4e cas, le kyste très ancien était incrusté de sels calcaires.

En résumé, sur 18 réunions, je compte une mortalité opératoire nulle, 11 succès complets, 1 succès incomplet (guérison en deux mois) et 6 insuccès (en y comprenant le malade de décembre dernier).

Je ne vois, pour ma part, aucune raison tirée de ma pratique pour renoncer à la suture.

Je ne crois pas que si on prend la précaution d'accoler la suture hépatique à la suture pariétale, on fasse courir le moindre risque à son opéré. Il ne faut pas simplement se servir des chiffres tirés d'une statistique pour juger d'une méthode. Je ne me permettrais pas d'accuser la marsupialisation des 2 cas que j'ai cités plus haut. Ces malades seraient morts non opérés ou opérés, et vraisemblablement quelle que fût la thérapeutique employée, mais inversement, il ne faut pas invoquer contre la réunion les non-réussites mortelles ou non sans les analyser et démontrer qu'elles dépendent ou non de la méthode.

Guérison des kystes hydatiques par l'injection de quelques gouttes de formol concentré.

M. Chaput. — Voici comment j'ai été amené à employer ce nouveau mode de traitement des kystes hydatiques du foie.

Le 30 *juillet* 1904 (*Obs.* 1) j'opérais un de mes anciens malades qui avait subi en 1894 et 1895 plusieurs laparotomies pour des kystes hydatiques du foie par G. Marchant et par moi-même. Le malade présentait en 1904 sept tumeurs distinctes formées par des kystes kydatiques nouveaux, disséminés dans l'abdomen. La laparotomie de 1904 me

montra l'abdomen parsemé de plusieurs centaines de kystes hydatiques les uns du volume d'une tête d'épingle, d'autres comme des pois, des noisettes, des noix, des œufs, comme le poing, comme des têtes de fœtus.

Je commençai par extirper plusieurs gros kystes; d'autres furent injectés au formol d'après les préceptes de Quénu et Dévé, puis incisés et évacués.

Mais lorsqu'après une heure de travail je me rendis compte que je ne débarrasserais pas même le ventre de tous ses gros kystes, je pris la décision d'injecter dans chacun 1 centimètre cube de formol à 40 p. 100 à l'aide d'une seringue de Pravaz. Je pensais que le formol se fixerait sur les hydatides et aurait peu de tendance a être résorbé. J'injectai ainsi dix kystes de l'abdomen et trois kystes du cordon, les uns après laparotomie, les autres à travers la peau.

Le malade qui avait reçu en deux heures 14 centigrammes de stovaïne lombaire présenta pendant deux jours des vomissements et une température de 38 degrés attribuable à la stovaïne lombaire, et guérit sans aucune complication.

Il revint en juillet 1905; le kyste du cordon était rétracté crétifié, flétri. Quatre kystes existaient dans l'abdomen, mais aucun d'eux n'occupait la situation de ceux de l'année 1904. Il présentait en outre dans le 7e espace intercostal droit au-dessous du mamelon un kyste hydatique du volume d'une amande verte.

Le 27 *juillet* 1905 (*Obs.* 2) j'injectai 1 centimètre cube de formol pur le kyste du thorax.

Je pratiquai ensuite la laparotomie médiane qui me permit de découvrir huit kystes volumineux qui furent d'abord injectés au formol pur; quatre d'entre eux furent ensuite extirpés, quatre autres incisés et évacués; ils contenaient des membranes gélatineuses sans liquide. Certains kystes furent laissés ouverts dans l'abdomen, d'autres ont eu leur orifice fermé par suture ou ligature.

Dans les jours suivants, le malade, très indocile, s'étant levé, eut une hernie de l'intestin suivie d'une fistule intestinale qui se ferma spontanément en quelques mois.

Je l'ai revu en janvier 1905; ses kystes du thorax et du cordon n'ont pas récidivé, l'abdomen présente un petit kyste dur sur la ligne médiane.

Laissons de côté si vous voulez les kystes de l'abdomen puisqu'il m'est difficile de vous prouver que les kystes de 1905 étaient des kystes nouveaux et non des kystes récidivés, et tenons-nous à ceux du thorax et du cordon qui sans doute possible ont disparu sous l'influence de l'injection de formol et dont je tiens à prendre note.

Le 13 *novembre* 1904 (*Obs.* 3) j'ai injecté à travers la paroi 2 centimètres cubes de formol pur stérilisé à l'autoclave dans un volumineux kyste hydatique du foie d'une femme de trente-neuf ans. Les suites furent nulles.

Le kyste a complètement disparu; j'ai revu la malade plusieurs mois après, elle n'avait pas récidivé.

Le 6 mai 1905 (*Obs.* 4) j'ai opéré un malade de quarante-deux ans, présentant un volumineux kyste hydatique du foie.

Je fis une petite laparotomie latérale de façon à ne pas méconnaître des kystes multiples; je constatai deux kystes que j'injectai chacun avec 2 centimètres cubes de formol pur.

Pas d'accidents.

Longtemps après, le 22 mai 1905, le malade présenta un urticaire à larges bulles qui disparut en quelques jours.

Cet homme, revu en décembre 1905, n'avait pas récidivé.

Le 6 avril 1905 (*Obs.* 5). *Laparotomie* pour une tumeur ressemblant à une cholécystite. Je trouve en effet une vésicule volumineuse dont la ponction retire une bile épaisse avec des flocons de mucus et un gros kyste de la face inférieure du foie. J'injecte ce kyste avec 2 centimètres cubes de formol pur.

Le malade, revu en juin 1905, ne présentait plus aucune tumeur et était complètement guéri.

Le 20 octobre 1905 (*Obs.* 6) j'ai opéré un homme de trente-cinq ans porteur d'un gros kyste hydatique du foie. Je lui fis à travers la paroi une ponction suivie de l'injection de 2 centimètres cubes de formol. Le blessé sortit au bout de quelques jours en très bon état.

Quelques semaines après il revint pour une hématurie qui dura quelques jours; le rein droit était un peu volumineux et l'examen cystoscopique pratiqué par mon collègue Michon montra que le sang provenait de l'uretère droit. J'ai pensé que le malade était atteint de tuberculose du rein droit ou peut-être de kystes hydatiques de cet organe. On put constater à ce moment que le kyste avait complètement disparu.

Ainsi donc voici six observations dans lesquelles la guérison a été obtenue avec la plus grande simplicité au moyen d'une simple injection de formol faite avec une simple seringue de Pravaz. Je vous montrerai prochainement le malade de l'observation I et vous pourrez constater les restes du kyste du cordon, ratatiné et calcifié.

Dans tous les cas les suites ont été nulles malgré l'énorme dose employée à deux reprises sur le premier malade. Dans tous les cas la récidive n'a pas eu lieu.

La simplicité de cette technique mérite qu'on s'y intéresse et qu'on l'essaie sans parti pris.

La *Technique* est très simple : on a besoin d'une seringue de Pravaz stérilisable avec aiguilles de Tuffier et d'une solution de formol stérilisée.

Après désinfection de la paroi abdominale, je plante l'aiguille

de Tuffier montée sur une seringue, au centre du kyste, j'aspire 2 centimètres cubes de liquide pour être sûr d'être dans la poche et pour la détendre légèrement.

Je charge alors la seringue de formol pur et j'en injecte 1 ou 2 centimètres cubes.

Lorsqu'on fait la ponction au cours d'une laparotomie, il est bon d'avoir deux seringues à sa disposition; la première sert à faire la ponction de détente, on la laisse articulée avec l'aiguille et on ne l'enlève qu'après l'injection de formol faite avec une autre seringue et une autre aiguille.

Si on désarticulait la première seringue pour la charger et faire l'injection on risquerait de laisser couler dans le ventre quelques gouttes de liquide non stérilisé.

Avant de retirer les deux aiguilles on attend une ou deux minutes et on les entoure d'un tampon imbibé d'une solution de formol pour éviter les inconvénients du suintement.

Même après la simple ponction le malade doit garder le lit pendant un ou deux jours et on doit lui appliquer une couche de ouate sur le ventre avec un bandage de corps bien serré.

La simplicité de cette technique et son efficacité dans six observations me paraissent de nature à la recommander à tous nos collègues pour les malades pusillanismes qui redoutent la laparotomie.

A propos des kystes hydatiques du foie.

M. Potherat. — J'ai écouté avec beaucoup d'attention l'intéressante communication de notre collègue, mon ami Chaput. Mais je m'étonne qu'il nous ait dit avoir imaginé une *méthode nouvelle*, car sa manière de faire est absolument celle du professeur Baccelli, vulgarisée avec modification chez nous par le professeur Debove. Baccelli introduisait une aiguille de seringue de Pravaz dans les kystes hydatiques du foie, retirait par aspiration quelques centimètres cubes de liquide, et injectait à la place quelques grammes de sublimé en solution au millième. On a obtenu ainsi des guérisons remarquables. En quoi la manière de Chaput diffère-t-elle de celle de Baccelli? En cela seulement qu'au lieu de sublimé, il injecte une solution de formol; il en a obtenu de très beaux résultats. Il n'y a qu'à le féliciter de ces heureux succès, mais il n'a pas créé une méthode nouvelle.

M. Quénu. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Potherat, le procédé de M. Chaput est renouvelé de la méthode de Baccelli : je le crois insuffisant pour garantir contre l'échinococcose secondaire, cela résulte des recherches mêmes de M. Dévé.

M. Broca. — Je désire confirmer ce qu'a dit M. Quénu sur l'insidiosité possible des suppurations de kystes hydatiques du foie. Déjà j'ai publié une observation où, croyant à un abcès froid probablement costal de la région lombaire, en haut du triangle de G.-L. Petit, je fus tout surpris que cette poche ait été en réalité un prolongement, en bouton de chemise, d'un kyste hydatique suppuré du foie.

M. Chaput. — Je ne veux pas me livrer à une discussion grammaticale sur la valeur des mots méthode, procédé, etc. J'ai seulement voulu vous communiquer un mode de traitement que personne n'a jamais employé de la même façon dans le même but et avec les mêmes résultats.

M. Quénu me fait observer que d'après les travaux de Dévé, l'injection de formol pur doit être insuffisante. Je n'en disconviens pas. J'ai été conduit à employer cette pratique dans un cas de nécessité, j'ai obtenu un bon résultat, je l'ai employé dans cinq autres cas avec un bon résultat. Je considère qu'il y a là un fait nouveau et qui méritait de vous être communiqué.

M. Quénu. — On peut voir survenir l'échinococcose secondaire deux et trois ans après une opération.

M. Mauclaire. — Au point de vue historique je dois rappeler que les premières recherches de M. Dévé ont été faites à l'hôpital Bichat dans les services de MM. Talamon et Picqué en 1901. A cette époque sur le conseil de M. Dévé lui-même, en sa présence et d'après sa communication à la Société de Biologie (février 1901) j'ai fait plusieurs fois « après laparotomie » des injections de 2 ou 3 centimètres cubes de solution forte de formol dans des kystes hydatiques avant de les ouvrir et cela afin d'éviter la greffe secondaire périhépatique. Mais M. Dévé a reconnu ensuite que cette injection pouvait ne pas être toujours suffisante pour stériliser le kyste. Néanmoins, j'ai continué l'emploi de ces injections préliminaires de formol comme le montrent deux observations publiées en 1903 à la Société Anatomique (pp. 617 et 620).

Discussion sur les pancréatites chroniques.

M. Paul Segond. — J'ai soigné un homme de cinquante-quatre ans, paludique, syphilitique et morphinomane, qui fut opéré le 22 décembre 1886 par Wylie pour des accidents douloureux du foie survenant par accès accompagnés de fièvre intense.

La laparotomie ne permit aucune manœuvre ni constatation intéressantes.

Le malade alla mieux après cette intervention mais bientôt les douleurs hépatiques reparurent avec frissons et fièvre. Tout rentra dans l'ordre et il put reprendre ses occupations.

Le 5 septembre 1905 il fut pris à Deauville d'un nouvel accès avec frissons, fièvre, claquement des dents. En même temps apparut un ictère vert.

Une consultation médicale conclut à une cirrhose hypertrophique avec état général très grave.

Je conseillai une opération qui fut acceptée. L'opération fut très difficile, la chloroformisation très irrégulière. Les intestins s'échappaient constamment. Je trouvai enfin dans la profondeur un foyer contenant de la bile. J'y plaçai un gros drain et terminai l'opération.

La situation s'améliora considérablement, l'ictère disparut, les matières redevinrent colorées, la fièvre tomba. Il conserva une fistule biliaire.

A la fin de novembre 1905 les accidents antérieurs ayant reparu, M. Terrier fut appelé à voir le malade ; il conclut à une pancréatite et conseilla l'opération.

Je le réopérai le 1er décembre 1905. Je trouvai la vésicule biliaire au milieu d'un clapier purulent. Le cholédoque était dilaté. Le pancréas était hypertrophié, dur, grisâtre, atteint d'inflammation chronique.

Je drainai la vésicule et le cholédoque. Le malade alla un peu mieux après l'opération, et les selles redevinrent colorées, puis il s'affaiblit graduellement et mourut le neuvième jour.

Rapport.

Tétanos suraigu consécutif à l'emploi préventif de sérum antitétanique, par M. le Dr Lop (de Marseille).

Rapport par M. PAUL REYNIER.

Messieurs, M. le Dr Lop (de Marseille) nous a adressé dernièrement une observation intéressante de tétanos survenant malgré l'emploi préventif du sérum antitétanique dont il y a deux ans Calmette préconisait l'emploi dans le traitement des plaies qui pouvaient être infectées du bacille du Nicolaier.

Les faits de ce genre ont une trop grosse importance pour que je ne croie pas devoir vous rapporter cette observation en entier.

C'est le 3 octobre qu'on amena au poste de secours du Dr Lop un journalier qui venait d'avoir le médius et l'annulaire pris dans une plaque tournante de la voie ferrée des Docks.

Faisons remarquer en passant que, bien que désinfectées souvent, ces plaques sont de véritables réceptacles de fumier.

L'accident avait eu lieu à 10 heures 1/4, et quand on l'amena et qu'on fit le pansement il était 11 h. 25, c'est-à-dire qu'il s'était écoulé 1 h. 10 entre le pansement et l'accident.

L'annulaire avait peu de chose ; quant au médius l'écrasement n'était pas total. Après ablation des esquilles et des tissus mortifiés, M. Lop essaya de le conserver.

Après savonnage, lavage à l'alcool et au sublimé à 1 p. 100, la plaie fut saupoudrée d'une dose de sérum antitétanique sec et pulvérulent à l'Institut Pasteur, ainsi que M. Lop le fait fréquemment depuis un an aux blessés porteurs de plaie par écrasement des extrémités et de fractures ouvertes des membres, lorsqu'il craint la souillure de la plaie par la terre et le fumier.

Trois jours après le pansement fut défait, et, ne trouvant aucune utilité à conserver le médius, séance tenante, sous l'anesthésie au chlorure d'éthyle, il amputait les 2e et 3e phalanges. L'opération terminée, il saupoudrait de nouveau la plaie opératoire, avec une deuxième dose de sérum sec.

Mis à l'infirmerie quarante-huit heures, cet homme regagnait son chez lui le 8 au matin.

L'état général étant très bon, ainsi que l'état local, le pansement resta en place.

Le 9 à midi, allant voir le malade chez lui, il le trouva avec de la fièvre, 38°1, et un léger embarras gastrique. On le fait revenir à l'infirmerie où on lui fait son pansement. L'état local était parfait. On lui administre un purgatif salin et le soir 60 centigrammes de sulfate de quinine.

Le soir il avait 37,9, le 10 au matin 37°3.

La langue était nettoyée, le malade demandait à se lever et à s'alimenter.

Le 11 au matin, huit jours après l'accident, la température était de 36° 8. A trois heures de l'après-midi, il vient se plaindre à l'infirmier de ne pouvoir ouvrir la bouche, d'avaler difficilement. On téléphone au Dr Lop, qui arrive à 6 heures moins le quart. Le trismus s'était déjà accentué, la langue était raide. Le diagnostic n'était pas douteux, cet homme avait le tétanos.

On refait immédiatement le pansement : la plaie était presque réunie. M. Lop fait sauter les fils, lave largement et saupoudre de nouveau de sérum pulvérulent. En même temps il injecte dans les flancs 30 centigrammes de sérum, donne du chloral à haute dose, de la morphine, et met le malade dans l'obscurité.

Le 12 au matin, 37°8, Pouls 110. Opisthotonos, sueurs profuses, anurie, myosis, intelligence intacte; on lui injecte encore 40 centigrammes de sérum.

Le 12 au soir, état stationnaire. La déglutition était impossible. Le chloral est donné à haute dose par le rectum. Nouvelle piqûre de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique.

La mort survient le 13, à 4 heures du matin, trente-six heures après l'apparition des premiers symptômes.

Telle est cette observation que M. Lop complète en faisant remarquer que dans cette infirmerie il n'y avait jamais eu de tétanos, que lui n'en avait pas vu depuis deux ans et demi, et que son assistant qui avait touché le malade n'en avait jamais eu à soigner.

Très ému de ce cas, notre confrère le rapproche des autres observations qui ont été publiées, où malgré les injections préventives de sérum le tétanos avait apparu : cas de Remy, de Monod, de Bouglé, de Peyrot, de Maunoury, de Dionis du Séjour, de Perry (de Bordeaux), ce qui avec le sien ferait neuf cas réfractaires au sérum.

Allant même plus loin, notre confrère, faisant remarquer qu'il avait soigné deux jours auparavant cinq cas d'écrasement des doigts, dans les mêmes conditions, et qui avaient tous bien guéri sans le sérum, arrive à se demander si les malades qui ont eu le tétanos, à la suite de l'injection préventive, l'auraient eu si on n'avait pas eu recours à ce traitement!

Contre la pensée qui le hante, se dressent toutes les séries d'injections préventives faites par Nocard ou, à son exemple, sur les animaux, sans accidents imputables au sérum, toutes celles que MM. Bazy et Schwartz ont fait ainsi que la plupart d'entre nous presque systématiquement dans nos services.

C'est assez, et c'est déjà trop de constater l'inefficacité de ce sérum sec, qui, d'après ce que disait M. Calmette, pouvait avantageusement remplacer les injections préventives de sérum tétanique, et dont il préconisait l'emploi chez l'homme lorsqu'on se trouve en présence de plaies souillées de terre ou de déjections animales susceptibles d'être infectées par le bacille de Nicolaier.

En effet, M. Calmette avait toujours réussi à conférer aux cobayes l'immunité contre le tétanos en faisant simplement absorber à ces animaux de petites quantités de sérum sec antitétanique finement pulvérisé par une petite plaie de 3 ou 4 millimètres de longueur en boutonnière intéressant tout le derme.

L'observation de M. Lop, qui semble absolument s'être conformé aux prescriptions de M. Calmette, et qui, à deux reprises, a

saupoudré sa plaie de ce sérum sec, a donc une grosse importance. Elle vient nous montrer que tout au moins sur l'homme, lorsque cette application de poudre antitétanique n'est faite qu'au bout d'un temps même limité, une heure comme dans le cas de M. Lop, elle loin de nous donner, comme avait semblé nous le faire espérer M. Calmette, la sécurité.

Là encore notre espoir est déçu comme il a été déçu dans toutes les observations citées plus haut par M. Lop, où l'injection sous-cutanée de sérum antitétanique a été inefficace et n'a pu empêcher l'apparition du tétanos.

Ces faits devenant chaque jour plus nombreux diminuent la confiance que nous pouvions avoir dans ces injections préventives, et montrent qu'elles sont malheureusement trop souvent inefficaces, employées surtout comme nous le faisons, deux à quatre heures après l'accident, c'est-à-dire l'inoculation.

Mais, comme déjà je le disais au Congrès de chirurgie de 1902, cette inefficacité de nos injections préventives ne doit pas nous étonner, si nous tenons compte de ce que nous enseignent les expériences bactériologiques.

MM. Roux et Vaillard, avec leur haute compétence, nous ont affirmé que ce sérum n'est préventif que si on l'injecte avant l'invasion de la maladie.

Injecté en même temps que la toxine, ou dans les heures qui suivent, il n'empêche plus l'éclosion des symptômes tétaniques, mais transforme en tétanos local curable un tétanos qui aurait été généralisé et mortel.

Or, M. Vaillard nous a montré avec quelle rapidité se fait cette invasion sur l'animal.

Chez l'homme, qui, dans l'échelle animale, prend presque le premier rang comme sensibilité au poison tétanique, comment espérez-vous, d'après tous ces faits, qu'une injection, souvent pas renouvelée, faite plusieurs heures après l'accident, lorsque le blessé est transporté dans votre hôpital, soit efficace?

Hélas! les faits sont là pour nous montrer le contraire, cas de Monod où le tétanos apparaît treize jours après l'injection de sérum antitétanique, cas de Maunoury, treize jours après, Peyrot neuf jours seulement, de Dionis du Séjour quinze jours, cas de Bouglé, treize jours après. Ce dernier cas est le plus troublant, car là on avait fait l'injection avant d'opérer, et cette injection faite dans les meilleures conditions, celles qui ont été préconisées par Nocard, et qui donnent de bons résultats sur les animaux, avait été inefficace.

A tous ces faits on a objecté qu'une seule injection ne suffisait pas en cas de crainte de tétanos, l'immunité conférée par ces

injections étant éphémère, ainsi que l'a montré Vaillard, et sur le cobaye disparaissant vers le quinzième ou vingtième jour. Mais dans le cas de Maunoury trois injections à quelques jours de distance avaient été successivement pratiquées à son malade, et c'est après la troisième injection que le tétanos était apparu.

On n'a pu trouver comme explication que dans ce cas le sérum ne possédait pas un pouvoir antitoxique suffisant.

Mais alors n'est-ce pas un aveu de l'inefficacité de ce sérum? Que les cas se multiplient où ce sérum n'aura pas eu un pouvoir antitoxique suffisant, et nous deviendrons bien sceptiques sur sa valeur.

Je vous propose de remercier M. Lop de son intéressante observation, de déposer son travail aux archives, et de vous souvenir de lui quand nous aurons des correspondants nationaux à nommer.

M. Tuffier. — La question soulevée par M. Reynier est de première importance et porte sur deux points : Faut-il supprimer les injections préventives dans les cas où nous craignons le tétanos? C'est là une grave question que je ne veux pas trancher ici, il nous faudrait pour cela étudier de près les documents.

Le second point peut être étudié de suite : saupoudrer une plaie de sérum sec sur un de nos malades équivaut-il à injecter une solution antitétanique sous la peau? Je ne le crois pas, et je crois les observations de M. Lop discutables; voici pourquoi. Vous connaissez tous les observations de Preobajinski sur les conditions physiques que doivent réaliser les pansements et sur l'absorption des plaies correctement pansées à la gaze aseptique. Je vous rappelle que si après avoir fait une plaie à un chien on saupoudre cette plaie de strychnine, l'animal présente rapidement des accidents d'intoxication. Mais si sur cette plaie vous placez un pansement de gaze aseptique l'animal ne présente aucun accident parce que le poison est absorbé *par le pansement* et non par la plaie. Le seul fait de mettre un pansement simple suffit donc à empêcher l'absorption à la surface de la plaie. Or, je suppose que les malades de M. Lop ont été pansés après le saupoudrage de leur plaie à la poudre antitétanique. Je me demande donc si *le pansement n'a pas neutralisé* complètement l'action du sérum sec antitétanique, *en l'absorbant*, et je regarde les observations qui viennent de nous être présentées comme entachées d'une cause d'erreur possible, sinon probable. Si on veut obtenir une efficacité de la poudre antitétanique, il faut appliquer sur la plaie ainsi traitée une substance neutre et absolument imperméable.

M. Bazy. — Il semblerait, d'après ce que vient de nous dire M. Reynier, qu'il faudrait, sous prétexte que les injections préventives paraissent n'avoir pas pu empêcher l'éclosion du tétanos, abandonner ces injections préventives. J'estime que ce serait là une doctrine funeste. Pour ce qui me concerne, on fait toujours dans mon service les injections préventives et je ne vois plus de tétanos.

Quant à l'observation de M. Lop, elle ne peut être prise en considération, puisque nous ne savons pas si l'extrait sec de sérum a été absorbé.

Ce n'est pas ici le moment de reprendre et de discuter les observations où cette injection préventive a été jugée inefficace, mais elles ne sauraient nous empêcher de continuer ces injections préventives qui n'offrent aucun danger et n'ont pas le plus petit inconvénient. Du moins je n'en ai pas vu.

M. Reynier. — L'observation qu'a faite M. Tuffier me paraît en effet avoir une grosse importance, et j'écrirai à M. Lop pour lui demander quel pansement il avait employé; car il ne l'a pas indiqué dans sa communication. Quant à M. Bazy, qui me dit qu'on ne saurait assimiler l'emploi du sérum sec aux injections de sérum liquide antitétanique, je lui répondrai en lisant ce qu'a dit M. Calmette du sérum sec le 11 mai 1903 à l'Académie des sciences.

« On peut facilement conférer aux cobayes l'immunité contre le tétanos en faisant absorber à ces animaux de petites quantités de sérum antitétanique par une plaie de 3 ou 4 millimètres de longueur en boutonnière intéressant toute l'épaisseur du derme.

« L'expérience ne réussit pas si on se contente de badigeonner la plaie avec un pinceau trempé dans du sérum liquide. Elle réussit toujours si l'on saupoudre la plaie avec une très petite quantité de sérum sec finement pulvérisé.

« Quelques milligrammes de sérum suffisent ainsi à vacciner les animaux contre des doses de toxine tétanique dix fois mortelle.

« Il y aurait donc de très grands avantages à employer cette méthode de traitement chez l'homme, lorsqu'on se trouve en présence de plaies souillées de déjections animales. »

M. Mauclaire. — Aux neuf observations rapportées par M. Lop on peut ajouter celle que j'ai rapportée ici en décembre 1902 et sur laquelle M. Bazy a bien voulu faire un rapport. Le malade entré dans le service de M. Picqué à l'hôpital Bichat avait été mordu par un cheval au niveau du coude. Des injections de sérum antitétanique ont été faites pendant plusieurs jours, la première douze

heures approximativement après la morsure. Le quatorzième jour il présenta les signes du tétanos. Je fis immédiatement la désarticulation de l'épaule. Le malade a guéri.

Communication.

Ostéochondrome traumatique du fémur et de l'astragale,

par M. le Dr H. TOUSSAINT,

médecin-major de 1re classe à l'hôpital Bégin,
membre correspondant.

Avant sa libération du service militaire, nous avons eu la satisfaction de soumettre un de nos opérés à l'examen de M. le Dr H. Chaput. Notre savant collègue, de qui les « études anatomiques et cliniques des fractures anciennes de la rotule » ont fait, en 1886 d'abord, dans les *Archives générales de médecine*, en 1888 ensuite, dans sa thèse inaugurale, l'objet de travaux remarquables qui sont restés le dernier mot de la question, a bien voulu nous dire qu'il n'avait jamais observé semblable complication ultérieure des fractures de la rotule.

Le cas nous a donc semblé assez digne d'intérêt pour vous en donner mention.

Il s'agit d'un soldat qui, en août 1904, appuyé contre la ridelle d'une fourragère menée au grand trot de l'attelage, tomba sur une route pavée et dut être relevé.

Le genou gauche avait cogné directement le sol. Transporté à l'hôpital Bégin, le blessé présente quatre heures après l'accident une hémarthrose volumineuse; la rotule est largement étalée par une fragmentation en plusieurs éclats, séparés l'un de l'autre par un sillon où s'engage la pulpe de l'index. La peau est restée intacte.

Pendant six jours la température oscille autour de 38 degrés.

Le neuvième jour, avec deux fils d'argent, nous suturons les trois fragments, formant un Y vertical.

Notre opéré quitte l'hôpital en novembre, ayant recouvré la flexion de la jambe sur la cuisse au delà de 130 degrés; il monte et descend, sans canne, les escaliers.

La radioscopie prouve que la coaptation des fragments par les fils d'argent est restée parfaite, et que l'extrémité inférieure du fémur ne présente rien d'anormal.

En mai 1905, à son retour de convalescence, la flexion de la jambe est limitée à 90 degrés; la masse interne du triceps seule est atrophiée. La marche est devenue hésitante et saccadée. L'inspection révèle au-dessus du condyle interne du fémur une saillie que la palpation profonde montre être tout à fait indépendante des muscles, que l'on déplace facilement au-devant d'elle.

Son volume est celui d'une grosse châtaigne, sessile, reposant par sa base sur le fémur, à 7 centimètres au-dessus de l'interligne fémoro-tibial. Elle est éloignée de 3 centimètres du cul-de-sac articulaire interne du genou, dont elle est indépendante. La rotule a conservé sa mobilité latérale normale.

Après plusieurs refus catégoriques de toute intervention chirurgicale, cet homme va faire usage des eaux thermales de Bourbonne, d'où il revient exactement dans le même état.

Dès lors, victime d'un accident survenu à l'occasion d'un service commandé, il est réformé n° 1 avec gratification renouvelable.

Comment interpréter cette radiographie, prise huit mois après l'accident par le médecin-major de 1re classe Vogelin?

Elle ne donne qu'une ombre floue, à peine appréciable, esquissant seulement la base de l'exostose; c'est presque une radiographie négative.

En 1900, à l'hôpital de Saint-Mihiel, alors que l'épreuve radiographique que je vous présente, et qui m'a été fort obligeamment donnée par le Dr Ficatier, de Bar-le-Duc, nous avait montré qu'un gendarme, qui s'adressait à nous pour être réformé, était atteint d'une exostose du col et de la tête de l'astragale, suite d'écrasement du cou-de-pied sous le poids d'un lourd cheval, il nous fut très agréable de guérir complètement cet infirme; car, trente jours après l'opération, il allait reprendre son service militaire. L'action des eaux thermales de Barèges et d'Amélie-les-Bains avait été nulle.

Or, bien que le traumatisme remontât chez lui à plus d'une année, il ne s'agissait pas encore d'exostose, mais d'une saillie cartilagineuse, formant chevalet transversal. Facilement elle fut effondrée par copeaux et régularisée par tunnellisation avec la gouge de Legouest.

N'y a-t-il pas lieu à rapprochement entre ces deux traumatismes osseux, bien qu'il s'agisse, d'un côté, d'un os spongieux; de l'autre, d'un os éburné?

Insistons bien sur cette perméabilité par les rayons X qui traversent, huit mois après son début, l'exostose fémorale. Cette pénétration prouve péremptoirement que nous ne nous sommes pas trouvé en face d'une vieille exostose ostéogénique, qui serait

passée inaperçue, non seulement jusqu'au moment de l'accident, mais encore jusqu'au retour de convalescence, ayant complètement échappé à nos investigations au cours du traitement.

Inutile d'ajouter que cette tumeur est beaucoup plus volumineuse que ne l'indiquent les rayons de Röntgen.

Si elle a assez rapidement atteint le volume d'une grosse châtaigne, c'est parce que, comme vient de le répéter M. le professeur Kirmisson dans son *Précis de chirurgie infantile*, 1906, nous retrouvons ici, au genou, chez notre soldat de vingt et un ans, qui finit par conséquent son adolescence, cette notion des épiphyses fertiles, dont l'importance est si grande pour la localisation et des tumeurs malignes, aussi bien que de l'ostéomyélite et, ajouterons-nous, des tumeurs bénignes.

Védrènes, en 1879, communiquait à la Société de chirurgie un cas d'exostose ostéogénique solitaire, de formation récente, du condyle interne du fémur. A ce propos, le baron H. Larrey attribuait à une cause traumatique deux cas d'exostoses analogues à celui rapporté par Védrènes, et il s'agissait encore dans ces observations de jeunes soldats.

Quant à l'intervention chirurgicale, ajoutait Larrey, je n'en suis pas partisan.

Bien entendu, depuis 1879, le traitement de ces ostéochondromes s'est modifié. Certes, à cette époque, la fracture comminutive de la rotule de notre blessé n'eût pas, non plus, été suturée; et il est à présumer que l'évolution naturelle n'eût pas été suivie d'une restitution fonctionnelle du membre, qui a été obtenue excellente, malgré un peu d'arthrite sèche consécutive.

Mais, et c'est pour cette raison que notre observation semble devenir seulement intéressante, la cure orthopédique définitive a subi un échec relatif, du fait de l'évolution d'un périostéofibrochondrome parasynovial, dont cet accidenté militaire a tenu à tirer tout le profit pécuniaire possible.

Cliniquement, l'indication de l'ablation de cette saillie, cause exclusive de la gêne fonctionnelle de la marche, semblait absolue.

Remarquons cependant que Honsell et Schuler signalent que, trois fois sur cinq, cette cure chirurgicale fut suivie de fièvre septique grave (Bruns, *Beitrage f. kl. Ch.*, Bd 22-33).

Strauss, qui reprend cette question des exostoses traumatiques dans *Arch. f. klin. Chir.*, 1905, met aussi en garde contre l'asepsie absolue à réaliser en cours d'opération. De plus, il conseille de laisser longtemps s'éteindre le processus irritatif avant d'opérer.

Au cours de la croissance de semblable exostose, comme on ne sait jamais si l'on a affaire à une tumeur maligne, force est de

s'en rapporter au signe le meilleur de bénignité; c'est celui qui est fourni par la limitation exacte et l'absence de toute adhérence aux muscles voisins.

Sachons aussi que la récidive à la suite de l'ablation de ces exostoses traumatiques a été relevée : dans un cas, elle a eu lieu six semaines après l'intervention; dans trois cas, elle s'est produite deux et trois ans après.

La littérature médicale n'offre pas d'observation semblable à la nôtre, puisqu'il ne s'agit pas de ces ostéomes périarticulaires du genou, sur lesquels notre camarade Loison appelait votre attention en 1899; aussi, bien qu'incomplète au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, en ce qui concerne du moins l'exostose fémorale, cette note, espérons-le, trouvera-t-elle son excuse dans ce fait, qu'elle est, sans doute, la première qui vous soit rapportée.

La production d'exostose tardive possible, après tout traumatisme violent d'un os spongieux ou éburné, alors que, quelque temps après l'accident, la radiographie n'a cependant révélé ni fissure, ni arrachement, ni fracture, ne vient-elle pas enfin faire préciser et dicter dans nos rapports médico-légaux, relatifs ou non aux accidents du travail, cette conclusion réservée, que la contusion osseuse sera suivie de guérison définitive, sauf complication ultérieure d'exostose?

Présentation de malade.

Rupture traumatique du rein, néphrectomie.

M. Routier. — Je vous présente ce malade que j'ai opéré le 15 janvier dernier sans grand espoir de le sauver tant il paraissait déprimé et exsangue.

Le matin à 5 heures, il était tombé dans une fosse à charbon, au fond de laquelle était une barre de bois; il a dû tomber de façon à ce que la région lombaire droite porte sur cette barre, il avait du reste à ce niveau des traces de contusion récente.

Après cette chute, cet homme s'était relevé tant bien que mal et avait continué son service de chauffeur.

Mais à 7 heures il dut s'arrêter, il eut comme une défaillance, des vomissements glaireux, et il pissa du sang pur.

A 9 heures, on le portait dans mon service, où je le voyais quelques instants après.

Il avait un aspect inquiétant; d'une pâleur cadavérique, un peu sidéré, il avait le pouls rapide, 116, et la température basse, 36°4; deux fois il avait uriné, assez abondamment; son urinoir contenait du sang pur.

La douleur existait partout, mais plus vive dans le côté droit, dans la région lombaire et dans l'hypocondre.

Je le fis porter de suite dans la salle d'opération, décidé, malgré le peu d'espoir que j'avais, à lui donner les quelques chances de survie qu'il m'était possible de lui offrir.

Je vous présente ce malade pour vous montrer surtout sa conformation; par suite de déformation rachitique, son thorax s'imbrique sur la crête iliaque, et on se demande comment il a pu dans sa chute se rompre le rein sans au préalable avoir endommagé son squelette.

Pour cette même raison, j'ai dû pour aller chercher le rein que je pensais être rompu adopter la voie abdominale latérale; ici la voie lombaire m'était interdite par cet empiètement du thorax sur la crête iliaque.

J'ai donc fait une incision sur le bord externe du droit; l'hématome résultant de la rupture du rein était tel que je n'ai même pas vu le côlon ascendant; c'est dans l'hématome que j'ai pénétré; je suis allé de suite saisir le rein dans la partie haute et l'ai amené à l'extérieur, j'ai lié séparément l'uretère et le pédicule vasculaire, puis, j'ai évacué les caillots qui allaient de la partie inférieure du foie jusqu'au fond de la fosse iliaque.

J'ai ensuite suturé la plaie, laissant cependant un drain, et une mèche qui tamponnait du côté des vaisseaux surrénaux.

Les suites ont été des plus simples; je dois cependant signaler un fait : au moment de l'opération, pendant que le malade était endormi, j'ai pratiqué le lavage de la vessie pour la débarrasser du sang qu'elle contenait; j'ai fait à plusieurs reprises l'aspiration des caillots : mais malgré tout ce que j'ai pu faire, l'eau ressortait toujours aussi rouge; j'ai dû de guerre lasse abandonner.

Le lendemain matin, le malade, qui était certainement mieux, n'avait encore pissé que du sang, mais à 7 heures du matin, sa miction fut normale, l'urine claire et limpide, et ça n'a pas changé depuis.

Voici le rein qui est rompu suivant son bord convexe dans la moitié supérieure de sa circonférence, et rompu aussi perpendiculairement à ce bord, toute la face postérieure étant sectionnée jusqu'au hile.

Une question assez délicate m'a été posée à propos de ce malade : reprendra-t-il son service, n'est-il pas diminué dans sa capacité vitale ?

J'ai répondu qu'il pouvait reprendre son service, mais que vivant aux dépens d'un seul rein, il était certainement dans un état d'infériorité physiologique marqué en tant que résistance à toute maladie intercurrente.

Présentations de pièces.

Rein polykystique chez l'adulte. Néphrectomie. Guérison.

M. Routier. — Le rein que je vous présente est nettement polykystique, on dirait une énorme grappe de raisin à grains monstrueux ; le liquide qui les remplit est clair, à peine un peu ambré.

J'ai enlevé ce rein à une dame de trente-quatre ans qui toujours bien portante a eu quatre enfants et deux fausses couches.

Elle souffrait de son rein gauche, c'est celui-ci, depuis quinze mois environ ; en mai et décembre 1905, elle eut deux crises de douleurs qui durèrent à peu près deux jours ; à plusieurs reprises chez elle on a, paraît-il, constaté l'existence d'albumine légère intermittente ; je n'en ai jamais trouvé ; la quantité d'urine par vingt-quatre heures était normale et comme quantité et comme qualité.

Tout se bornait à une tumeur qu'on sentait aux lieu et place de son rein gauche, et aux crises douloureuses qu'elle accusait.

J'ai fait faire la division des urines, le côté gauche n'a pas fourni une goutte, le rein droit a fourni de l'urine absolument analogue à celle qu'elle nous avait fourni par la miction naturelle.

L'uretère, comme vous le voyez, est normal, je l'ai suivi jusque dans le bassinet qui ne présente rien de spécial.

Cette pièce ressemble à un rein polykystique congénital ; M. Herrenschmidt a bien voulu se charger de l'examen que je communiquerai en temps et lieu. J'ai voulu vous montrer cette pièce pendant qu'elle était encore fraîche.

La malade va parfaitement.

Néphrectomie pour rein polykystique.

M. Paul Segond présente un énorme rein polykystique enlevé par voie transpéritonéale le 22 avril 1905. La malade âgée de 30 ans jouit à cette heure d'une santé parfaite.

Il a enlevé dans les mêmes conditions un autre rein polykystique le 7 février 1901. L'état général de l'opérée est aujourd'hui aussi florissant que possible. Ces deux observations démontrent que le rein polykytique n'est pas toujours bilatéral et que son ablation est légitime quand l'autre rein fonctionne suffisamment.

M. Bazy. — Je rappelle qu'Arnould a publié dans sa thèse une observation d'une malade que j'ai opérée en 1889 à Beaujon; cette malade est venue me voir sept ans après bien portante pour me demander une place d'infirmière, ce qui semble indiquer qu'elle se portait bien.

Néphrectomie pour épithélioma du rein.

M. Paul Segond présente un rein atteint d'épithélioma, intéressant par la circonscription des lésions et la netteté de leur rapport macroscopique. La tumeur a été examinée par M. Cornil. La malade âgée de 50 ans a été opérée le 3 avril 1905, par voie trans-péritonéale. Elle est en parfaite santé actuelle.

Appendicectomie.

M. Moty. — J'ai l'honneur de présenter un appendice enlevé ce matin sur un militaire de vingt et un ans, à l'hôpital militaire Saint-Martin. Il contient une épingle de 4 centimètres, dont la tête reposait sur le fond du sac appendiculaire et dont la pointe, après avoir perforé la paroi, se trouvait engainée par un noyau fibreux épiploïque volumineux. Ce noyau dur et criant sous le scalpel adhérait à l'appendice et fermait ainsi la perforation; son origine était certainement très ancienne et il est probable que la première crise d'appendicite qui remonte à l'âge de dix ans chez mon opéré était due à la perforation de l'appendice; le méso de l'appendice est en effet parfaitement souple; il en est de même de l'épiploon, en dehors de son noyau d'adhérence à l'appendice; de plus, ce dernier organe a conservé son volume et le méso ne présente aucune rétraction, c'est-à-dire que l'appendice diffère notablement de ce qu'il est d'ordinaire dans les appendicites essentielles anciennes.

L'opération faite comme d'ordinaire à la cocaïne locale a été fort simple. Il est à noter que l'épingle se présentait la tête en haut comme dans le cas de M. Villemin. Le malade n'a conservé aucun souvenir d'une épingle avalée. Son degré d'altération confirme l'opinion émise plus haut d'un accident passé inaperçu pendant l'enfance.

Présentation d'instrument.

Appareil à chloroformisation.

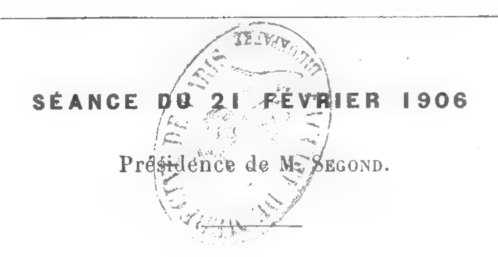
M. Soubeyran. — Présentation d'un nouvel appareil pour l'administration du chloroforme.

M. Faure, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. BAZY, ROUTIER, MICHAUX, qui, malades, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

3°. — Une lettre de M. GUINARD, qui nous adresse une demande de congé d'un mois;

4°. — Une lettre de M. SCHWARTZ, qui demande une prolongation de congé d'un mois et qui pose sa candidature à l'honorariat;

5°. — Des lettres de remerciements de MM. BUSCARLET et BALLANCE, qui nous témoignent leur satisfaction d'avoir été nommés membres correspondants étrangers.

A propos de la correspondance.

M. JALAGUIER dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Rastouil, intitulé: *Appendicectomie après quatrième crise d'appendicite; adhérences de l'appendice et de l'uretère droit. Guérison.*

— Ce travail est renvoy

est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Chirurgie des voies biliaires.

M. Quénu. — Dans le rapport que j'étais chargé de faire sur l'observation de cholédoco-entérostomie de M. Brin, j'ai envisagé deux questions différentes : une question de diagnostic et une question de médecine opératoire. Mes collègues me permettront de suivre ce même ordre dans la réplique que je dois faire à leur intéressante argumentation. Un obstacle à l'écoulement de la bile existe; est-il le plus souvent possible de faire le diagnostic avant l'ouverture du ventre? M. Hartmann répond par l'affirmative. Je n'ai pas prétendu que ce diagnostic fut toujours impossible; j'ai dit textuellement : « il est souvent bien difficile, avant d'opérer, d'affirmer la nature de l'obstruction »; néanmoins, une nuance assez forte sépare nos deux opinions. S'il s'agit de différencier un obstacle au cours de la bile de nature cancéreuse, d'un obstacle de nature non cancéreuse, je souscris presque à la proposition, en l'atténuant cependant, et le signe que j'ai donné dans mon rapport et que je n'ai pas inventé du reste, c'est la constance et la progression de l'ictère dans le cancer, où qu'il siège d'ailleurs : pancréas trajet du cholédoque au sillon transverse; c'est au contraire la variabilité et la plus faible intensité de l'ictère dans la lithiase du cholédoque. A côté de la variabilité de l'ictère, j'ai placé l'ascite, dont personne ne peut contester la valeur séméiologique. Que faut-il penser des coliques hépatiques antérieures et des accès fébriles? En tenir compte est bien; leur attribuer une valeur absolue est de trop. C'est qu'en effet tout le monde sait que les lithiasiques sont plus que les autres exposés aux dégénérescences épithéliales des voies biliaires, on ne peut donc, par cela seul qu'un malade est nettement lithiasique, en conclure d'une manière absolue que son ictère chronique est le résultat d'une obstruction calculeuse, et qu'il est indemne de cancer. Le vrai signe clinique de valeur, je ne saurais trop y insister, c'est dans un cas, la progression de l'ictère, dans l'autre sa variabilité.

Jusqu'ici, mon opinion s'écarte peu de celle de M. Hartmann, mai[illegible]lle en diffère totalement, c'est lorsqu'il prétend que [illegible]éatique se caractérise par un ictère fixe, per- [illegible]bstruction pancréatique [illegible]ire, non. L'analyse des

observations de pancréatite chronique liée à la lithiase biliaire conduit à une conclusion différente. Au mois de mars dernier, je soigne une malade âgée de trente et un ans sujette à des coliques hépatiques depuis cinq ans. Sa dernière crise, en janvier 1905, a été suivie d'un ictère assez prononcé avec décoloration des selles qui persiste en mars. M. Chauffard diagnostique un calcul du cholédoque, je fais la même erreur; la malade n'avait que de la pancréatite. Et pourtant son ictère n'était pas fixe : l'observation, qui a été publiée avant cette discussion, porte : « les selles sont décolorées depuis janvier, sauf au mois de février où elles ont temporairement leur couleur normale ».

La lecture de l'observation de pancréatite rapportée par M. Terrier dans l'avant-dernière séance est aussi démonstrative. Quels autres signes nous apporte donc M. Hartmann? les crises douloureuses répétées et les accès fébriles? Mais les pancréatites existent le plus souvent chez des lithiasiques vésiculaires, elles ont donc pu être précédées d'accès fébriles et de coliques hépatiques. Pouvons-nous même distinguer les douleurs hépatiques des douleurs pancréatiques? Que mes collègues m'excusent de puiser dans notre récent mémoire sur la pancréatite (1). « Dans une observation, une malade rend successivement dans ses selles des calculs phosphatiques d'origine pancréatique, puis des calculs de cholestérine d'origine hépatique. Cette double lithiase donne lieu, pendant quatorze ans, à des crises répétées toutes semblables, tellement que ni le médecin ni la malade elle-même ne pouvaient distinguer les unes des autres, qui toutes étaient étiquetées coliques hépatiques : Czerny, Ehler, Barling, Mikulicz, Korte, j'en passe et des meilleurs, ont commis des erreurs de ce genre; nous pouvons sans honte nous tromper après eux, et confondre une crise pancréatique avec une crise biliaire.

Ainsi, ni la modalité de la douleur, ni la variabilité de l'ictère ni son mode d'apparition, ni l'existence de crises hépatiques franches antérieures, ne permettent de conclure d'une manière certaine pour ou contre la lithiase du cholédoque. La formule simpliste de M. Hartmann fait abstraction de tous ces faits, je conçois alors son dédain pour la duodénotomie exploratrice.

Ce dédain n'est pas partagé par notre collègue Lejars, qui nous déclarait dans la dernière séance l'avoir utilisée avec profit. Je viens encore d'y recourir dans des circonstances qui me paraissent instructives. Je rappelais dans mon rapport une observation de Kehr dans laquelle l'exploration pratiquée par une boutonnière du cholédoque avait été insuffisante à le renseigner. Il s'agissait dans

(1) *Revue de chirurgie*, p. 447.

son cas d'un cancer de la papille duodénale; or cette même exploration par l'incision sus-duodénale du cholédoque a été insuffisante à me renseigner sur l'existence d'un calcul qui occupait l'ampoule de Vater; voici le résumé de cette observation toute récente, puisque l'opération remonte seulement à mercredi dernier. Nous avions, chez un malade adressé par un de nos collègues, diagnostiqué comme lui un calcul du cholédoque. L'opération eut lieu le 14 février. Je reconnus facilement l'existence d'un calcul que voici, arrondi, sans aucune facette et après une taille sus-duodénale je procédai comme toujours à l'exploration minutieuse des deux bouts, par le bout supérieur. Le stylet pénétra jusqu'au foie, et du reste les flots de bile qui s'écoulaient témoignaient du rétablissement de la perméabilité. Par le bout inférieur, je renfonçai après l'avoir coudé, un stylet métallique, et je le vis pénétrer de presque toute sa longueur dans l'intestin, sans percevoir aucune sensation de frottement ou de dureté quelconque. Je plaçai un drain dans le cholédoque; mais avant d'aller plus loin, comme le malade avait considérablement maigri, je voulus reconnaître l'état de son pancréas. Je constatai une fermeté plus grande de la tête, mais en plus tranchant encore sur cette fermeté, une partie plus dure. Soupçonnant la présence d'un second calcul, j'essayai en vain par une pression douce, de mobiliser l'induration; n'y parvenant pas, je mis a découvert la deuxième portion du duodénum et l'incisai verticalement. L'ampoule de Vater faisait saillie. J'incisai la muqueuse sur cette saillie et retirai un calcul que voici. Je suis donc obligé d'admettre que mon stylet glissait sur le calcul sans me fournir aucune sensation anormale et que même pratiqué avec un stylet métallique le cathétérisme ne renseigne que sur un point à savoir qu'un certain passage est libre, il ne peut, d'une manière absolue, donner une certitude sur la présence ou l'absence d'un calcul dans l'ampoule (1). En cas de doute, la duodénotomie exploratrice constitue une ressource précieuse.

Il ressort, je pense, de cette discussion que, quoi qu'on en ait dit, le premier acte opératoire reste un acte d'exploration. Je continue à soutenir que si le diagnostic d'un cancer peut réunir de grandes probabilités avant l'ouverture du ventre, il n'en est pas de même du diagnostic différentiel entre une pancréatite et un calcul du cholédoque, et en pareils cas, je crains peu d'être contredit en disant que, en cas de retention biliaire, nous abordons les voies biliaires avec des présomptions, non avec des certitudes. Nos collègues Tuffier et Routier ont abondé dans ce sens, je n'insiste plus désormais.

(1) Le malade est en bonne voie de guérison.

Je ne reviendrai pas davantage sur les modes d'exploration.

Confondrait-on souvent, d'autre part, comme le pense Delbet, un calcul du cholédoque avec un calcul du cystique? Il me semble que l'erreur est facile à éviter, et que si par l'incision on a la liberté d'enfoncer un cathéter qui disparaît vers le hile du foie, il ne saurait être question de calcul du cystique. Les déductions qu'il a tirées de ses considérations anatomiques ne m'ont pas non plus convaincu. Il y a longtemps que Terrier a signalé l'atrophie par sclérose inflammatoire de la vésicule biliaire, et que l'essence de cette atrophie est indiscutée et indiscutable.

D'autre part, si je crois, comme M. Hartmann, que l'oblitération du cystique est une cause fréquente de dilatation vésiculaire, j'ajoute comme restriction que, vraisemblablement, cette dilatation ne survient, même dans ces cas, que si des poussées de cholecystite intense n'ont pas précipité le travail de sclérose et détruit les glandes de la muqueuse. La dilatation serait, d'après mes observations, plutôt en rapport avec des oblitérations pures et simples du cystique, avec réaction minime du cholecyste. Voici une pièce qui, en tout cas, plaide dans ce sens; elle a été enlevée chez une femme de trente-huit ans n'ayant jamais eu une colique hépatique. Le col de la vésicule est oblitéré par un calcul. La vésicule distendue renfermait un liquide transparent, et cette énorme quantité de calculs que vous pouvez voir.

Je reviens à l'opération de cholédoco-entérostomie.

J'ai discuté ses indications, et je pense qu'on ne peut m'accuser de les avoir trop étendues. Je n'ai cessé de répéter qu'avant de recourir à l'anastomose entéro-cholédocienne, il est nécessaire de s'assurer par tous les moyens qu'aucune pierre n'occupe le segment terminal. Je n'ai accepté comme indications que certains cas exceptionnels de rétrécissement du cholédoque, et certains cas de pancréatite.

Avais-je à faire davantage la critique du choix opératoire de M. Brin? Je ne le pense pas. M. Brin s'est trouvé en présence de grosses difficultés tenant aux opérations antérieures qui avaient fusionné la deuxième portion du duodénum et la paroi abdominale, et rendu inutilisable comme guide la vésicule biliaire. Est-il juste d'écrire, comme l'a fait M. Hartmann, que « il est évident, lorsqu'on lit cette description, que l'opérateur (l'opérateur c'est M. Brin) ne savait pas trop ce qu'il faisait »? Je ne puis accepter cette appréciation.

Je me suis trouvé, il y a peu de temps, en présence de difficultés analogues. Je voulais faire une cholédocotomie pour une angiocholite, et moi aussi, je ne pouvais utiliser la vésicule biliaire pour une raison bien simple, c'est que je l'avais enlevée

quelques semaines auparavant. Après avoir libéré le duodénum, devant des adhérences qui masquaient tout le pédicule du foie, je me portai vers l'épiploon gastro-hépatique, je l'effondrai, passai le doigt derrière le pédicule, et retrouvai l'hiatus de dedans en dehors. C'est exactement la manœuvre que fit M. Brin : seulement, il fut moins heureux que moi, il ne put retrouver l'hiatus.

Lorsque j'eus le pédicule du foie devant les yeux (je reviens à mon observation personnelle), je reconnus l'artère hépatique, et à côté un conduit assez volumineux, distendu à parois vasculaires, qu'il m'était impossible de distinguer, par ses caractères objectifs, d'une veine quelconque, sa situation à côté de l'artère me faisait présumer qu'il s'agissait du cholédoque. Je pris néanmoins la précaution, avant de l'inciser franchement, de faire une ponction avec une seringue de Pravaz ; je retirais de la bile, et n'hésitai plus.

M. Terrier, dans l'observation citée plus haut, n'a pas fait autre chose. Lui aussi, il a eu recours à la seringue de Pravaz.

M. Brin s'est donc comporté en chirurgien prudent et avisé, et il ne mérite pas l'injustifiable reproche qui lui a été adressé.

Sur le drainage des voies biliaires. (Communication de M. Terrier.)

J'en ai fini avec mon rapport sur l'observation de M. Brin.

M. Terrier, à son propos, nous a fait une intéressante communication sur le drainage des voies biliaires principales, et comme M. Lejars a également développé cette nouvelle question greffée sur la première, je demande à mon tour à en dire un mot.

Et tout d'abord, je demande à M. Terrier si la petite note préliminaire du 13 décembre n'a pas trahi sa pensée, et si vraiment il étend le drainage des voies principales aux calculs de la vésicule avec ou sans angiocholite ?

Pour les calculs du cholédoque, il y a beaux jours que je suis de cet avis. Incontestablement, Kehr a eu le mérite d'appliquer l'ouverture du cholédoque aux infections hépatiques, même non calculeuses. Jusqu'à lui, les angiocholites non calculeuses étaient traitées par la cholécystostomie, et je me fais un devoir de rappeler que c'est M. Terrier qui nous a appris à mettre un drain dans la vésicule, afin de désinfecter les voies biliaires profondes.

Kehr (1) paraît être le premier qui, pour une angiocholite, ait drainé les voies principales en introduisant une sonde par le moignon du cystique, après cholécystectomie.

(1) Kehr. *Münchener Woch.*, 1897; opération en avril 1895 d'après Guenot, *Thèse*, Paris, 1905.

Le drainage du cholédoque (et c'est la même chose que le drainage de l'hépatique, puisqu'on incise le conduit au-dessus du duodénum) avait été pratiqué déjà en 1889 par un chirurgien américain, Abbe, qui publia son observation en mai 1893 dans le *N. Y. med. Record.* Je note ce point historique, parce qu'il m'avait échappé et qu'il avait échappé aussi à M. Terrier quand, dans la *Revue de chirurgie*, il a publié ses deux premiers mémoires sur la cholédocotomie ; il a passé inaperçu de tous ceux qui, depuis, ont écrit sur la cholédocotomie et sur le drainage du cholédoque.

Abbe retira des calculs de la vésicule biliaire et du cholédoque, puis il introduisit jusque dans l'hépatique un large drain (1). Après avoir suturé le cholédoque au-dessous du drain, afin de rétrécir son ouverture, il glissa autour du drain hépatique un drain plus large allant jusqu'à la surface du cholédoque.

En juillet 1895, John Weelock Elliot a publié dans les *Annals of surgery* une courte note dans laquelle il dit que « Cabo a incisé l'hépatique pour une pierre, et que l'incision a été non suturée et drainée ». Le drainage pour lithiase du cholédoque semble donc une méthode d'origine américaine. Kehr a fait sa première publication en avril 1897.

La même année, je présentai à la Société de chirurgie mon mémoire sur la cholédocotomie sans suture, dans lequel j'insistais « *sur le drainage systématique du cholédoque* » et dans lequel je conseillais « d'introduire *l'extrémité du drain jusque dans le canal commun* à travers la boutonnière qui lui a été faite ». Ma première observation datait de la fin de 1896.

Delagenière (2) n'est venu que tardivement au drainage par les voies directes. Dans son mémoire de 1898, il attachait une grande importance au drainage des voies biliaires, mais il le recommandait encore par la vésicule, en utilisant cette dernière presque réduite à l'état de vestige.

Je crois donc avoir été au moins le premier dans notre pays à mettre en relief la valeur du drainage dans tous les cas de cholédocotomie, même lorsque la suture est possible.

Je partage d'ailleurs tout à fait l'avis de M. Lejars, quand il dit qu'on aurait tort de limiter la méthode dite de Kehr au seul drainage de l'hépatique par un drain, et que cette méthode se caractérise non seulement par le drainage systématique, mais par l'excision aussi systématique de la vésicule et du cystique, nous verrons plus loin ce qu'il faut en penser.

Quoi qu'il en soit, voici la nouvelle contribution que je puis

(1) Une figure très démonstrative accompagne cet article.
(2) *Arch. prov. de chir.*, 1898.

apporter au drainage des voies principales. Je laisse de côté les observations antérieures à 1905, parce qu'elles ont été toutes publiées, soit dans les bulletins, soit dans la thèse de Yaïch (1). Depuis le commencement de 1905, j'ai pratiqué six cholédocotomies avec drainage de l'hépatique, cinq fois pour une lithiase du cholédoque, une fois pour des accidents d'angiocholite.

Voici le résumé de ces observations :

Obs. I. — *Lithiase du cholédoque avec angiocholite. Drainage du cholédoque. Issue secondaire de dix ou douze petits calculs. Opération secondaire pour adhérences péritonéales. Guérison.*

Mme Ch..., âgée de trente-neuf ans, entre à l'hôpital Cochin le 24 janvier 1905, dans le service de M. Chauffard. Coliques hépatiques depuis trois ans sans ictère. En décembre dernier, violentes douleurs, subictère.

Le 14 janvier, crise avec vomissements, ictère foncé et fièvre, selles décolorées, matité hépatique 12 centimètres sur la ligne mamelonnaire, amaigrissement.

Le 9 février nouvelle crise avec fièvre et recrudescence de l'ictère.

Le 13 février le thermomètre monte à 38°8, selles décolorées. 2 mars nouvel accès fébrile. 14 mars accentuation de l'ictère et nouvel accès de fièvre.

M. Chauffard nous adresse la malade et nous l'opérons le 20 mars. Lithiase vésiculaire et lithiase du cholédoque; large drainage du cholédoque après ablation de trois calculs assez gros, et drainage de la vésicule.

Le 29 mars on enlève le drain du cholédoque pour le nettoyer; il sort un calcul du volume d'un grain de riz.

Nouvelle issue d'un calcul le 29 mars et le 31 (2) le 3 et le 6 avril (3 à 4).

Le 13 avril la malade présente une légère tympanite localisée à sa partie supérieure; elle vomit tout les jours depuis trois jours et s'affaiblit beaucoup.

Le 13 avril. Laparotomie. Des brides anciennes enserrent le commencement du jéjunum; de plus récentes paraissent comprimer le duodénum.

Les vomissements cessent dès l'opération et les forces reviennent; les drains sont enlevés le 18; les fistules se tarissent trois jours après.

Le 12 mai, le poids de la malade était de 45 kil. 700; il est de 51 kil. 600 à sa sortie, le 2 juin.

Obs. II. — *Lithiase du cholédoque. Angiocholite cholécystite, pancréatite. Cholécystostomie. Ablation du calcul. Drainage du cholédoque. Guérison.*

Le malade V..., âgé de trent-huit ans a un long passé lithiasique. Ses premières crises remontent à dix ans.

Il a fait une série de cures à Vichy. En octobre 1904, la fièvre fait pour la première fois son apparition, elle atteint 40 degrés pendant plusieurs

(1) *Thèse*, Paris, 1902.

jours et coïncide avec de violentes crises douloureuses, de la jaunisse et une décoloration des matières.

En 1905, M. Gilbert envoie le malade à Évian. Les crises continuent et des accès fébriles reparaissent.

Le 28 octobre 1905, le malade entre dans le service de M. Chauffard, qui me le confie le 6 novembre. Le malade est dans un état d'amaigrissement extrême, il aurait perdu plus de 30 kilogrammes; il est asthénique, très ictérique.

Opération le 10 novembre; péricholécystite; pas de calculs vésiculaires. Décollement du duodénum; on sent un énorme calcul qui descend jusque dans la portion pancréatique, induration de la tête du pancréas. Drainage de l'hépatique et drainage paraduodénal. Durée de l'opération, cinquante minutes.

Le lendemain et le surlendemain de l'opération il s'écoule très peu de bile par le drain, la température monte à 38°4, et le pouls à plus de 140, puis l'ictère s'accroît.

Le troisième jour issue de mucus épais, et de bile verte, épaisse. Le cours de la bile s'établit peu à peu et parallèlement les phénomènes s'amendent.

Le drain est retiré une quinzaine de jours après l'opération; le 22 novembre, les selles se colorent; le 23, la bile cesse de couler au dehors.

Le 25 novembre l'état général est devenu excellent.

Le 8 décembre, le poids est de 67 kilogr. 400; il était de 62 kilogr. 600 avant l'opération.

Le malade sort tout à fait guéri, est revu en janvier.

Obs. III. — *Lithiase du cholédoque. Cholécystite. Cholécystectomie. Drainage du cholédoque. Guérison.*

Mme B..., cinquante et quelques années, adressé par le Dr Legendre, habite Neuilly. Très ancienne lithiasique et habituée de Vichy, où elle a fait plusieurs cures. Depuis près de trois mois, rétention biliaire, décoloration des matières, a eu quelques accès fébriles modérés. Opération rue de la Santé, le 23 octobre 1905. Fusion de la vésicule atrophiée et sclérosée avec la paroi abdominale, le côlon et le duodénum. Le duodénum est ouvert pendant les manœuvres de libération; décollement et excision de la vésicule et du cystique; ouverture du cholédoque; incision et décollement pancréatique duodénal. On sent alors un calcul qu'on fait remonter et qu'on extrait par l'incision sus-duodénale du cholédoque.

Drainage du cholédoque pendant une douzaine de jours, guérison rapide, exeat un mois après l'opération.

Obs. IV. — *Lithiase du cholédoque. Angiocholite. Cholécystotomie suivie de suture. Ablation d'un calcul. Drainage.*

Homme, âgé de soixante-dix-huit ans, bien portant jusqu'au 1er mars 1904. A cette époque, il est pris de douleurs très vives dans l'hypocondre droit, suivies d'un ictère qui dure une quinzaine de jours. Pendant cette période la fièvre ne l'a pas quitté, le thermomètre

montait à 40 degrés. Amaigrissement considérable. Cependant le malade se remit de cette alerte, reprit son poids et sa santé fut bonne jusqu'en juillet dernier. A cette époque, il fut pris de frissons de fièvre et de vomissements.

A ce moment, il était à Vendôme. Bientôt survint un ictère et un amaigrissement rapide, chaque poussée de fièvre s'accompagnait d'une recrudescence de l'ictère. En novembre, il revint à Paris où il fut vu par le Dr Maestrati. M. Maestrati le suivit pendant deux mois, assista à des accès de fièvre avec 38°9 et 39 degrés, accompagnés de frissons qui duraient vingt-cinq et trente minutes. Je vis le malade le 10 février. Rétention biliaire, décoloration des matières fécales, urines pigmentaires. Je diagnostique une lithiase du cholédoque.

Opération le 14 février, rue Oudinot, aux frères Saint-Jean-de-Dieu. Hiatus libre. On sent un calcul libre qu'on extrait par taille sus-duodénale. Drain dans le cholédoque.

Les suites sont jusqu'ici des plus simples. La température n'a pas dépassé 36°8 et le pouls reste à 92 : le drainage fonctionne bien, les démangeaisons ont disparu, l'ictère s'amende.

Obs. V. — *Lithiase du cholédoque, pancréatite. Cholécystectomie. Extraction d'un calcul par taille sus-duodénale. Extraction d'un second calcul siégeant dans l'ampoule de Vater par taille duodénale. Drainage du cholédoque.*

La première crise hépatique remonte chez ce malade, âgé de trente-huit ans en décembre 1899. Cette crise et les suivantes ne furent pas suivies d'ictère.

En août 1905, crise avec ictère, décoloration des matières fécales et présence du pigment biliaire dans l'urine.

Depuis le mois d'août, l'ictère a persisté. Amaigrissement considérable (15 kilogrammes en trois mois, actuellement, 55 kilogrammes).

Urines rares, très foncées, riches en pigments biliaires et en urobiline. Inappétence, asthénie, prurit, douleurs peu vives ayant leur maximum au point cystique.

Opération le 14 février 1906. Durée de l'opération, une heure. Incision de Kehr. Découverte de la vésicule biliaire. Extraction de 250 gr. de bile par ponction. Cholécystectomie. Cholédocotomie sus-duodénale. Enlèvement d'un gros calcul.

Cathétérisme au stylet qui pénètre sans frottement dans l'intestin.

Le pancréas me paraissant anormalement dur, j'ouvre verticalement le duodénum et j'extrai un deuxième calcul de l'ampoule de Vater. Drainage du cholédoque.

Le 16 février, le drain n'a pas donné de bile. Enlèvement du tampon.

Le 17 février, écoulement abondant de bile.

Le 19 février, état très satisfaisant. Température et pouls normaux.

Le 20 février, 10 grammes d'huile de ricin. Garde-robe. Ventre plat.

Le 21 février, état satisfaisant.

Obs. VI. — *Lithiase vésiculaire. Cholécystite subaiguë. Angiocholite. Cholécystectomie le 2 novembre 1905. Réapparition des accidents angio-*

cholitiques. Deuxième opération le 26 décembre. Ouverture et drainage du cholédoque. Guérison.

Mme P..., âgée de vingt-sept ans, employée de commerce, entre le 20 août 1905, salle Bichat, pour des crises de coliques hépatiques. Les premières remontent à huit ans et ont succédé à des couches laborieuses, elles furent suivies d'ictère.

Pendant un an et demi, absence de crises, puis crises espacées.

Il y a six mois, les crises deviennent plus fréquentes, s'accompagnent de vomissements et sont suivies d'un léger ictère. Amaigrissement et perte des forces.

La malade entre à l'hôpital en pleine crise, les accès de douleurs se répètent plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et ne cèdent que difficilement à la morphine.

La région hépatique est extrêmement douloureuse, principalement au point vésiculaire. Teinte subictérique des conjonctives,

Urines foncées, réaction de Gmelin positive.

Température normale depuis l'entrée à l'hôpital.

Opération le 2 novembre. Le péritoine qui revêt la vésicule est vascularisé, enflammé. La vésicule dont les parois sont épaissies, saignantes, et dont la muqueuse est excessivement rouge, presque ecchymatique renferme trois calculs arrondis, mûriformes sans aucune facette, aucun calcul dans le cholédoque.

Cholécystectomie. Ablation d'un tronçon de cystique. Drainage du foyer opératoire après réunion des bords de la gouttière hépatique.

Le lendemain de l'opération la malade fut prise d'une crise d'étouffements avec dyspnée intense, facies grippé, angoisse précordiale. Cette crise survint à 10 heures du matin et dura deux heures et demie. La cicatrisation de la plaie évolua ensuite normalement.

Le 30 novembre, nouvelle crise avec douleurs irradiées à l'omoplate droite et au creux épigastrique. La sensibilité hépatique s'atténue peu à peu et la malade sort guérie le 3 décembre.

Le 13 elle rentre, amaigrie, très souffrante, reprises de crises douloureuses avec fièvre, teinte subictérique. Douleurs continues avec accès.

Opération le 26 décembre. On trouve une poche biliaire enkystée. Le foie et le duodénum sont fusionnés; il est extrêmement difficile d'arriver sur le hile du foie, on n'y réussit qu'en abordant le pédicule par son bord interne après avoir effondré le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique, les différents organes du pédicule ont tous la même teinte vasculaire. L'artère hépatique est reconnue à ses battements; en dehors, gros cordon ressemblant à une veine. Nous le ponctionnons avec une aiguille de Pravaz issue du hile. Incision du conduit et drainage avec un drain qu'on enfonce jusque dans l'hépatique. Tamponnement.

On laisse le drain treize jours.

Dès l'opération, les douleurs cessent; la température monte à 38°1 le soir; se maintient à 38°1 le lendemain matin et soir et le surlendemain matin, puis tombe définitivement à la normale. Après l'enlève-

ment du drain, la bile coule par la plaie pendant trois jours, puis reprend son cours normal.

Sortie guérie le 8 février.

J'étais déjà un conserti de vieille date à l'emploi du drainage dans les lithiases du cholédoque. Ma dernière observation est venue me convaincre que ce drainage direct mérite de voir ses indications plus étendues encore. Je me rallie donc, en partie, aux conclusions de M. Terrier.

Je pense, comme lui, que toute angiocholite mérite d'être traitée par le drainage direct plutôt que par les voies accessoires; j'estime qu'il est bon d'ajouter à une cholécystectomie faite pour des poussées récentes de chlécystite, calculeuse ou non, poussées récentes qu'on reconnaît à la vascularisation des tissus périphériques et à l'état de la muqueuse vésiculaire, il est bon d'ajouter, dis-je, une ouverture du cholédoque et un drainage direct. Doit-on aller plus loin et drainer le cholédoque pour toute cholécystectomie, même quand l'affection est devenue froide, qu'il n'y a pas eu de crise, ni d'élévation de température depuis longtemps, que l'on a devant soi une vésicule sclérosée, peu vasculaire? J'avoue ne pas aller jusque-là, et je pense, jusqu'à nouvel ordre, que la cholécystectomie pure et simple est suffisante dans de pareilles conditions.

Autre question, faut-il ajouter à toute cholédocotomie, même aux plus simples, l'enlèvement de la vésicule biliaire, même quand cette vésicule est à peu près saine, ne renferme pas de calcul, n'est pas rouge, entourée de pericholécystite? Je pense qu'il ne faut pas non plus être absolu. Dans certains cas, on a intérêt à faire une opération aussi courte, aussi simple que possible; tel était le cas de mon malade de soixante-dix-huit ans, et je crois que j'ai augmenté ses chances de résistance en me contentant de la cholédocotomie suivie de drainage et en laissant sa vésicule tranquille. Dans les 5 cholédocotomies pour lithiase du cholédoque citées plus haut, je n'ai ajouté la cholécystectomie que 2 fois. Nous devons assurément remercier à la fois MM. Terrier et Lejars de nous avoir orientés vers une extension plus grande du drainage hépatique, mais je n'accepte pas, pour ma part, la méthode de Kehr, si cette méthode consiste dans la systématisation à outrance ou de la cholécystectomie, dans toute lithiase du cholédoque ou de la cholédocotomie dans toute extirpation de la vésicule.

Cholécystite calculeuse avec péricholécystite cholécystectomie, drainage de l'hépatique.

M. Terrier. — Obs. I. — *Calculs de la vésicule biliaire. Calcul du cholédoque. Cinq calculs du canal hépatique. Cholécystite atrophique et péricholécystite. Cholécystectomie avec ablation du cystique. Drainage de l'hépatique après incision du cholédoque, du cystique et de l'hépatique.*

Mme D..., âgée de soixante et un ans, a toujours joui d'une bonne santé *jusqu'en* 1893. A cette date elle a, pour la première fois, ressenti quelques légères douleurs dans la région hépatique; mais sans présenter de crise à proprement parler. Elle fait, à cette époque, une saison à Vichy. Cette saison fait disparaître les légères douleurs qu'elle ressentait et la guérison semble absolue.

En juillet 1901, il y a cinq ans, à la suite d'un refroidissement, les douleurs reparaissent dans la région hépatique, elles sont plus accentuées qu'en 1893, sont plus localisées au niveau du foie, présentent des irradiations vers l'épaule droite et dans la région interscapulaire. Cette crise est cependant légère, ne s'accompagnant ni de fièvre, ni d'ictère, ni de vomissements.

En 1902. — La malade présente plusieurs crises semblables, et également légères, durant environ six à dix jours.

En 1903. — Les crises vont en s'accentuant et en se rapprochant. Pour la première fois, la malade présente de l'ictère avec démangeaisons, et des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Ces crises durent également plus longtemps qu'auparavant : environ quinze jours, la teinte ictérique ne disparaissant complètement qu'au bout de trois semaines environ.

En décembre 1904. — La malade a une crise beaucoup plus forte. L'ictère est accentué, les démangeaisons sont vives, les matières décolorées, les urines acajou. Ces vomissements alimentaires, puis bilieux, sont répétés, la fièvre atteint 38°5 et même 39 degrés. Les douleurs sont très vives, avec un maximum au niveau du foie qui est augmenté légèrement de volume, et des irradiations dans l'épaule droite. Cette crise exige le repos absolu au lit pendant trois semaines, le régime lacté intégral et des doses répétées de calomel.

La crise aiguë se termina, l'ictère disparut, mais la malade conserve depuis ce moment une sensibilité extrême de la région hépatique, et même des douleurs spontanées à ce niveau à la suite de la moindre fatigue.

Le 28 *novembre* 1905, à la suite de fatigues, la malade a une nouvelle crise, moins forte que la précédente; crise avec un léger ictère, mais apyrétique. Au bout de deux jours, la crise semblant terminée, le traitement est négligé, bien que l'ictère n'ait pas complètement disparu.

Le 2 *décembre* 1905, la malade a une rechute beaucoup plus accentuée. Dès le début la fièvre apparaît, fièvre typique de l'infection biliaire, à ascension vespérale et rémission matinale, l'oscillation se faisant entre 36°4 le matin et 39 ou 40 degrés le soir.

Les premiers jours qui suivirent le début de la crise, les selles étaient normales comme coloration, mais les urines étaient extrêmement foncées, presque noires, l'ictère était très foncé, s'accompagnant de démangeaisons très vives.

Quelques jours après, lorsque la température s'est élevée davantage, les urines sont devenues moins foncées et au contraire les selles sont devenues blanches et semblables à du mastic.

Les douleurs ont également été plus violentes que jusqu'alors, avec toujours le même maximum d'intensité au niveau du foie et les mêmes irradiations du côté de l'épaule droite et de la région interscapulaire.

Le 30 décembre une légère amélioration semble se dessiner, mais le 4 janvier la température s'élève de nouveau à 40 degrés avec de violents frissons.

Devant cette persistance de la fièvre, de l'ictère et des douleurs, M. Terrier qui a vu la malade à Cannes la fait transporter à Paris et la fait entrer dans une maison de santé en vue d'une intervention.

La malade a parfaitement supporté le voyage de Cannes à Paris, et même depuis son arrivée dans la maison de santé, le 8 janvier, la fièvre a disparu, la température n'atteignant pas plus de 37°4. De plus l'ictère a progressivement diminué et les selles se sont recolorées. Les douleurs ont également presque disparu, il ne persiste qu'une légère douleur de temps à autre au niveau du foie.

Depuis une quinzaine de jours, la malade a eu quelques légères épistaxis spontanées. Depuis la même époque, le matin, elle a quelques crachats rouillés.

État actuel (17 janvier 1906). — La malade est maigre, sa peau est souple mais un peu sèche. La coloration est normale, on ne trouve de teinte ictérique en aucun point, ni sur la muqueuse sublinguale, ni sur les conjonctives. On relève seulement quelques anciennes lésions de grattage au niveau des membres.

L'examen de l'abdomen montre une paroi souple; en aucun point il n'y a de défense, mais on provoque une légère douleur dans la région vésiculaire, par une pression même très douce.

Le foie est de volume normal, mesurant sur la ligne mamelonnaire 6 cent. et demi d'axe vertical. Son bord antérieur ne dépasse pas les fausses côtes.

En suivant attentivement le bord du foie, on peut reconnaître l'échancrure vésiculaire et, à ce niveau, la pression est plus douloureuse. Mais ni par la percussion, ni par la palpation, on ne parvient à déceler la vésicule. Les autres organes, estomac, intestin, rate, pancréas, sont normaux.

L'examen du thorax ne fait relever aucune lésion pulmonaire; on note à l'auscultation une légère insuffisance aortique.

D'ailleurs la malade est athéromateuse, toutes ses artères sont plus dures que normalement.

Les urines sont de couleur normale, leur quantité oscille aux environs de 1000 grammes. L'examen qui en a été fait montre que leur composition est normale ou à peu près. Il n'y a ni sucre ni albumine, on

ne trouve pas de pigments biliaires, mais seulement un peu d'indican. Les matières sont absolument normales, de consistance et de coloration.

La *température* de la malade est normale depuis son entrée dans la maison de santé.

17 *janvier* 1906. — La malade se plaint de sentir quelques douleurs dans la région hépatique, le lait est absorbé avec répugnance. Le soir température 37°8. Mais le lendemain ces douleurs se sont atténuées et la température est redevenue normale.

18 et 19 *janvier*. — La température est restée normale, plutôt hypothermie. Alimentation avec 2 litres de lait par jour.

20 *janvier*. — 37 degrés le soir. 1 litre de lait est seul ingéré, dégoût du lait depuis ce jour.

21 *janvier*. — Purgation légère avec la magnésie. Inappétence.

Opération : le 22 janvier 1906, par M. le professeur Terrier. Aides : MM. Gosset, Desjardins. Chloroforme à la compresse : M. Boureau.

La malade est légèrement inclinée, les pieds en bas, on place un billot sous sa région lombaire.

Incision en baïonnette, partant 2 centimètres au dessous de l'appendice xiphoïde et se terminant 4 centimètres au dessous de l'ombilic, au tiers externe du droit.

Après avoir garni, on suit le bord antérieur du foie, et au niveau de l'échancrure cystique on sent, au milieu d'adhérences, la vésicule très rétractée et très épaissie.

On libère ces adhérences superficielles et on aperçoit le fond de la vésicule, à peine du volume de la dernière phalange du petit doigt.

On saisit le fond de la vésicule avec une pince, et on commence à la libérer du foie ; les adhérences sont serrées et denses et on est obligé de disséquer aux ciseaux.

Cette libération se fait d'ailleurs sans hémorragie notable.

Passant alors le doigt sous la vésicule, on sent un volumineux calcul qui se trouve soit dans le cholédoque. soit dans le duodénum, ces deux organes étant intimement fusionnés par des adhérences. Ce calcul est absolument immobile.

On essaie alors de poursuivre la libération de la vésicule et du cystique jusqu'au cholédoque, en se servant du cystique comme fil conducteur, mais la vésicule et la portion libérée du cystique se déchirent et sont enlevées. Quelques gouttes de bile s'écoulent sur les compresses. On prend deux pipettes de bile. Dans la vésicule et la cystique, on trouve une dizaine de petits calculs à facettes de couleur jaune d'or.

Introduisant le doigt dans la très courte portion du cystique qui est restée, M. Terrier reconnaît et sent l'orifice du canal hépatique.

Ne pouvant plus avancer de ce côté en se servant du cystique comme guide, on se reporte vers le duodénum qu'on parvient à isoler du cholédoque en disséquant les adhérences qui unissent les deux organes. A ce moment, on sent nettement que le calcul perçu au début est bien dans le cholédoque, ainsi que le faisait d'ailleurs supposer son manque

de mobilité. Le cholédoque est très dilaté, atteignant à peu près le même volume que le duodénum.

Avec un doigt passé sous le cholédoque, au niveau de l'hiatus de Winslow, on fait saillir en avant ce cholédoque en même temps que le calcul qu'il contient. Au bistouri, on incise la paroi du canal au niveau du calcul, c'est-à-dire à environ 2 centimètres au-dessous de son origine. On extirpe alors le calcul qui est ovalaire, régulier, du volume d'une noisette. Prolongeant alors l'incision du cholédoque vers le haut, on reconnaît la terminaison du canal cystique et le canal hépatique : le calcul est donc indiscutablement dans le cholédoque.

On explore alors avec l'explorateur métallique à boule olivaire, le segment inférieur du cholédoque où on ne trouve aucun autre calcul. On explore ensuite le canal hépatique : on sent un calcul et derrière la boule de l'explorateur qu'on retire sort un petit calcul. On réintroduit l'explorateur qui révèle un second calcul, et quand on le retire, un second petit calcul sort derrière lui. La manœuvre répétée cinq fois donne ainsi issue à cinq calculs du canal hépatique. On est alors certain qu'il ne reste plus de calcul dans l'hépatique. Les calculs qu'on a extrait sont du volume d'un pois, irréguliers, à facettes, de coloration jaune très foncé, presque noire. Deux sont de coloration rouge brique foncé.

L'exploration complète de tout le tractus biliaire étant terminée, on place un drain non perforé, n° 25, dans le canal hépatique. On met en outre trois mèches de gaze autour du drain, de façon à isoler complètement l'ouverture des voies biliaires du reste de la cavité péritonéale. On fait deux points sur l'épiploon qu'on attire, de façon à compléter l'isolement de la région.

Fermeture de la paroi par trois plans à la soie. Le drain est fixé à la peau. Le drain qui fonctionne déjà normalement, sort à travers le pansement et on y adapte un ajutage avec un long tube plongeant dans un vase de façon à faire siphon.

Durée totale de l'opération : 43 minutes. Quantité de chloroforme : 29 centimètres cubes.

Deux vomissements le premier jour. On recueille 250 grammes de bile par le drain dans les vingt-quatre premières heures.

Le cinquième jour on retire deux des mèches, et la troisième le sixième jour. L'enlèvement de cette mèche détermine des douleurs et un vomissement bilieux.

La bile coule abondamment par la plaie et par le drain ; on fait deux pansements par jour.

Le dixième jour, on enlève quelques fils de la suture cutanée.

Le drain fixé aux téguments est enlevé le douzième jour. On trouve un petit calcul ramolli dans la cavité du drain enlevé.

Enlèvement des derniers fils de la plaie abdominale. Le treizième jour, la plaie qui donnait passage au drain, fournit une notable quantité de bile. Le quatorzième jour, l'écoulement de bile a très notablement diminué; il disparaît le quinzième jour, définitivement. Les garde-robes sont colorées normalement.

La malade se lève le vingt et unième jour, la plaie cutanée est tout à fait fermée, recouverte d'une croûte.

Signalons, à propos de l'écoulement biliaire des premiers jours, l'odeur infecte de la bile qui s'écoulait par la fistule, et qui incommodait très vivement la malade. Cette odeur infecte disparut avec l'ablation des mèches, c'est-à-dire vers le sixième jour.

La malade quitte la maison de santé le 20 février 1906, en parfait état de santé.

Examen d'un fragment de vésicule biliaire et de cystique réséquées, par M. Legros, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale à la Pitié.

Sur les coupes histologiques : la surface muqueuse de la vésicule est irrégulièrement conservée, les tubes glandulaires sont rares, l'épithélium cylindrique de revêtement manque par places, et en ces points des noyaux mal colorés subsistent seuls.

On trouve des nodules embryonnaires dans la couche musculaire, celle-ci n'est pas notablement épaissie ; les artérioles y sont plus volumineuses que normalement, avec nodules embryonnaires à leur voisinage, sans endartérite.

Le canal cystique présente également des lésions inflammatoires, mais son revêtement épithélial est remarquablement conservé.

La bile, de coloration brune, visqueuse, ensemencée sur milieux aérobies et anaérobies, cultive abondamment.

Une seule espèce microbienne est isolée : bacille court, immobile, coagulant faiblement le lait, et qui doit être considéré, soit comme un coli-bacille type, soit comme un para coli-bacille.

Obs. II. — *Cholécystite calculeuse avec péricholécystite. Angiocholite. Drainage de l'Hépatique.* Mme L..., âgée de vingt-sept ans, ménagère, entre dans le service de la Clinique chirurgicale de la Pitié pour des douleurs siégeant à l'hypocondre droit. La malade a toujours joui d'une bonne santé, ne présentant aucun antécédent personnel.

Au mois d'août dernier, elle a eu la fièvre typhoïde qui a duré cinquante jours, fièvre typhoïde normale sans complications.

Pendant la période de défervescence de sa fièvre typhoïde, la malade a ressenti à plusieurs reprises des douleurs dans l'hypocondre droit, au niveau de la vésicule biliaire. Ces douleurs étaient légères, mais avec un maximum d'intensité très net au niveau de la vésicule, et des irradiations vers l'épaule droite.

Pendant ces très légères crises douloureuses, la malade présentait une tumeur du volume d'une mandarine, siégeant au niveau de l'hypocondre droit. Cette tumeur était de forme ovoïde, allongée verticalement, se rattachant par sa portion pédiculée, au bord antérieur du foie. La pression la plus légère au niveau de cette tumeur réveillait une très vive douleur.

Le 15 décembre 1905, il y a six semaines, vers quatre heures de l'après-midi, la malade est prise de douleurs soudaines et très violentes, avec un maximum d'intensité au niveau de l'hypocondre droit,

et des irradiations en bas et en dedans vers l'ombilic, et en arrière vers l'épaule droite. Ces douleurs s'accompagnent de vomissements biliaires et de diarrhée fétide.

Dès le début de cette crise, des frissons intenses apparaissent et la température s'élève à 40 degrés.

Mais jamais, du moins d'après l'affirmation de la malade, il n'y a eu le plus léger ictère.

Cette crise caractérisée seulement donc par des douleurs, de la fièvre et des vomissements, a duré quinze jours, d'une façon presque continuelle, sans période de rémission.

Le quinzième jour, la malade entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du professeur Hayem, alors suppléé par le Dr Carnot. Dès son entrée, l'état s'améliore, les douleurs diminuent, ainsi que la température qui redescend à peu près à la normale, ne présentant plus des ascensions vespérales jusqu'à 39 ou 40 degrés comme les jours précédents.

Mais le cinquième jour après son entrée, la malade est prise d'une seconde crise en tous points semblable à la première : même température, mêmes frissons, mêmes douleurs, mêmes vomissements et même absence d'ictère. Cette crise dure huit jours. Pour tout traitement, on se borne à des applications de glace sur le point douloureux.

A la suite de cette crise, la malade ne ressent plus aucun trouble fonctionnel, la région vésiculaire n'est même plus sensible.

Le 17 janvier, alors que la malade devait rentrer chez elle, apparaît une nouvelle crise, moins violente que les deux premières. La température s'élève cependant à 40 degrés, mais les douleurs sont moins vives, et les vomissements moins fréquents.

A la suite de cette troisième crise, devant la répétition d'accidents aussi nettement vésiculaires, M. Carnot envoie la malade dans le service de la Pitié en vue d'une intervention.

Actuellement. — La malade ne présente aucun symptôme fonctionnel son état général est satisfaisant, l'alimentation et le sommeil sont normaux, l'amaigrissement n'est pas appréciable. Aucune teinte ictérique, ni de la peau, ni des muqueuses. Les urines sont normales physiquement et chimiquement, leur quantité variant de 800 à 1100 grammes par vingt-quatre heures.

Les matières sont légèrement décolorées, de couleur jaunâtre, mais elles sont ainsi depuis la première crise; il est vrai que la principale alimentation de la malade est le lait. A l'inspection, on ne relève rien.

A la palpation on sent, au niveau de la vésicule biliaire, une masse légèrement indurée. Cette masse est sensible à la pression. Elle a une forme ovoïde à grand axe vertical, elle est immobile, mate à la percussion, et se rattache nettement au foie par sa portion supérieure pédiculée. Elle s'étend inférieurement jusqu'à sept travers de doigt au dessous des fausses côtes.

Le foie semble hypertrophié mesurant en hauteur, sur la ligne mamelonnaire 11 centimètres et débordant les fausses côtes de 3 centimètres.

La rate est de volume normal, ainsi que les autres appareils.

Le 24 janvier 1906, frisson à 4 heures du soir, à 5 heures température 40 degrés et 2 dixièmes. Le 29 janvier et le 1er février, nouveaux frissons avec une élévation thermique à 38 degrés 2 dixièmes. Depuis ce moment apyrexie complète, la température oscillant entre 36°8 et 37°1.

Opération : le 5 février 1906, par M. le professeur Terrier. Aides : MM. Gosset, Desjardins. Chloroforme, M. Boureau.

Incision de Kehr, avec le billot de Mayo Robson sous les reins.

On arrive sur le bord antérieur du foie et on tombe sur une zone d'adhérences avec l'épiploon. Sous ces adhérences, et après les avoir libérées, on arrive sur la vésicule biliaire.

On commence à libérer cette vésicule de la face inférieure du foie, puis on la libère de l'épiploon. On saisit son fond avec une pince a traction de Richelot, et on continue la libération de cette vésicule, travaillant tantôt sur la face supérieure, tantôt snr la face inférieure, jusqu'au niveau du cystique. On libère ce cystique sans voir l'artère cystique et sans être obligé à aucune ligature. A la terminaison du cystique on arrive sur le cholédoque de la grosseur du petit doigt. Entre deux pinces, on coupe le cystique au ras du cholédoque et on enlève ainsi le cystique et la vésicule comme une tumeur, sans ouverture préalable.

On repère avec 3 pinces de Kocher l'ouverture faite latéralement à l'union de l'hépatique et du cholédoque. On voit aussi très nettement le repli valvulaire qui forme l'éperon de séparation entre l'hépatique et le cystique. On prend dans 2 pipettes de la bile. Ensuite on fend de haut en bas le cholédoque sur sa face externe et sur une longueur de 1 centimètre. On fait le cathétérisme du cholédoque avec l'explorateur métallique à boule olivaire : il est libre. En haut on voit très visiblement l'hépatique et on peut le cathétériser : il est libre. On fend la partie inférieure de l'hépatique sur une étendue de 1 centimètre. Et, par cet orifice, on introduit un drain n° 25 non perforé dans l'hépatique, où il s'engage sur une longueur de 4 centimètres. On protège avec 3 mèches de gaze stérilisée : une supérieure, une interne et une inférieure, fermeture de la paroi par 3 étages à la soie.

Durée de l'opération : 42 minutes. Chloroforme : 38 centimètres cubes.

Suites opératoires : absolument normales, la température varie entre 36°6 et 36°8. Sans jamais atteindre 37 degrés.

On a établi un ajutage avec le drain et par ce siphon il s'écoule le 1er jour 500 centimètres cubes de bile, le 2e jour 300 centimètres cubes le 3e jour 400 centimètres cubes, le 5e jour 150 centimètres cubes, le 6e jour 150 centimètres cubes, le 7e jour 500 centimètres cubes, le 8e jour 200 centimètres cubes.

Le 2e jour on retire une mèche, le 3e jour on retire la 2e mèche, et le 4e jour la 3e mèche.

Le pansement est à peu près complètement sec, la bile s'écoulant par le siphon.

Le 3[e] soir, selle peu colorée, les jours suivants selles quotidiennes de coloration normale.

On retire le drain le 10[e] jour. Les jours suivants, la bile coule abondamment par la plaie.

Le 11[e] jour ablation des fils.

Du 10 jour au 15[e] la bile coule par la plaie, mais en quantité de moins en moins considérable.

Le 15[e] jour, la fistule est complètement tarie, rien ne coule plus.

Les urines ont toujours été normales comme quantité et comme coloration depuis l'opération. Elles ont oscillé entre 500 et 800 centimètres cubes.

La vésicule renfermait *54* calculs dont trois du volume d'une noisette.

Une pipette de bile est ensemencée sur divers milieux aérobies et anaérobies. Tous cultivent et montrent la présence, en cultures pures, d'un bacille court, mobile ne liquéfiant pas la gélatine, ne coagulant pas le lait; présentant donc l'ensemble des caractères morphologiques du bacille d'Eberth. (Note de M. Legros, chef du laboratoire de la clinique de la Pitié.)

Présentations de malades.

Corps étranger arrêté à la bifurcation de la trachée. Extraction à l'aide de la bronchoscopie supérieure.

M. LUCIEN PICQUÉ. — Je vous présente, en mon nom et au nom de M. Guizez, un malade auquel il a extrait dans mon service une pièce en argent de 50 centimes arrêtée au niveau de la bifurcation des bronches.

N..., trente-cinq ans, chiffonnier, entre à Bichat, le 11 février 1906, un mois auparavant, il a avalé une pièce de 50 centimes. Des douleurs vives qu'il ressent depuis quelques jours, l'ont déterminé à se rendre dans mon service.

Déjà, à l'âge de treize ans, il a avalé un sou qui lui a été extrait à Beaujon, à l'aide du panier de Græfe.

La pièce de monnaie qu'il a actuellement avalée, il la tenait entre les dents; interpellé par derrière, il se retourna brusquement pour répondre, et c'est ainsi qu'elle passa dans la trachée.

Immédiatement après l'accident, il est pris de quintes de toux, mais ces accidents se calment un peu et il ne se décide à venir nous trouver quatre semaines après, que parce que les douleurs

ont augmenté ; il montre à droite du sternum, un point plus spécialement douloureux.

Ces douleurs sont plus vives la nuit et plus accentuées quand le malade est couché sur le côté que lorsqu'il repose sur le dos.

Pensant que cette pièce a pu rester dans l'œsophage, M. Picqué introduit une boule olivaire qui passe facilement dans l'estomac et sans résistance. D'ailleurs, une radiographie faite par M. Infroit et que je mets sous vos yeux, permet de reconnaître qu'il siège dans la bronche droite. D'autre part, quand on ausculte le malade, on constate que le poumon gauche respire normalement, mais qu'il existe une diminution très nette du murmure vésiculaire à droite.

On ne trouve d'autres signes d'auscultation que quelques râles aux deux bases. Pas de différence de sonorité au niveau des deux poumons.

Après quelques jours d'observation, l'état du malade s'est aggravé notablement. La température est à 37°8 le soir; l'expectoration est très abondante et le malade dont les douleurs augmentent, réclame énergiquement une intervention.

L'extraction a été pratiquée, avec beaucoup d'habileté, par M. Guizez, les manœuvres n'ont duré que quelques minutes. Les suites ont été absolument nulles.

Voici la note qui m'a été remise par M. Guizez :

« La cocaïnisation du malade étant faite dans la position assise à l'aide d'une solution de cocaïne à 1/20 en badigeonnant tout l'isthme du pharynx, le vestibule du larynx, nous préparons sur une table à notre proximité les tubes de longueur et de calibre appropriés. Nous choisissons l'un d'entre eux de 35 centimètres de longueur et de 12 millimètres de calibre.

« Le malade est placé dans la position couchée, position de Rose.

« Le tube est introduit par la commissure buccale gauche et nous cherchons l'épliglotte, puis la glotte. Redressant alors notre tube en portant son pavillon très en arrière, nous franchissons rapidement la glotte profitant d'une large inspiration. Cocaïnisant ensuite la trachée de proche en proche et amenant de ce fait deux accès de toux, nous pouvons descendre le tube jusqu'à la bifurcation bronchique.

« Inclinant le plus possible l'extrémité distale du tube vers la gauche, nous ne tardons point à voir à l'intérieur de la bronche droite, un peu plus bas que ne semblerait l'indiquer la radiographie, la pièce de 50 centimes qui nous apparaît de trois quarts

ayant dilaté un peu la bronche dont la lumière s'est ovalisée sur elle.

« Rapidement, avec notre pince à articulation terminale, nous saisissons solidement la pièce et la retirons d'un seul coup, en même temps que le tube.

« L'ensemble de l'intervention dès que la cocaïnisatiou a été obtenue n'a duré que quelques minutes. Encore avons-nous été très gênés ici dans la manœuvre du redressement du tube par l'existence de quelques chicots dentaires qui étaient très douloureux pour le malade. Quant à celui-ci il s'est levé immédiatement et a regagné à pied son lit et malgré nos recommandations nous le trouvons en train d'avaler un ragoût aux pommes un quart d'heure après l'intervention.

« C'est le cinquième corps étranger des voies aériennes que nous avons enlevé par la trachéo-bronchoscopie : un de la trachée et quatre des bronches. Dans le premier cas seulement (clou de la troisième ramification bronchique), nous dûmes recourir à la trachéotomie. Dans les autres, nous avons pu opérer par bronchoscopie supérieure et passer directement par la glotte.

« Après trois ans de pratique de cette méthode, nous croyons fermement que la nécessité de faire une trachéotomie pour introduire les tubes ne doit être imposée que dans des conditions tout à fait exceptionnelles. Cette circonstance sera de plus en plus rare, ainsi qu'il résulte des dernières statistiques allemandes et des derniers cas publiés par Killian.

« Sans doute, grâce à une plaie de trachéotomie, on peut faciliter beaucoup la pratique de la méthode. Se servant de tubes plus courts on s'éclaire plus facilement à leur extrémité. Mais cette plaie trachéale, si l'on opère chez des sujets en menace de complications broncho-pulmonaire, n'est-elle pas un danger ainsi que les notions classiques nous l'ont enseigné jusqu'à ce jour.

« Lorsque l'on sait franchir rapidement la glotte avec le tube et que l'on dispose d'un éclairage suffisant (éclaireur de Kirstein, notre éclaireur à vision directe), on opère tout aussi aisément à l'extrémité d'un tube de quelques centimètres plus long et qui a en tout cas le même calibre. »

Fracture de l'olécrane traitée par le cerclage.

M. Lucien Picqué présente un malade auquel il a pratiqué, il y a dix-sept jours, un cerclage spécial de l'olécrane pour une fracture avec grand écartement. J'ai commencé les mouvements au hui-

tième jour de l'opération et je vous le présente pour démontrer les avantages de la mobilisation précoce qui a fourni dans ce cas d'excellents résultats.

Homme de vingt et un ans, charpentier, tombe d'un échafaudage de la hauteur de dix mètres, directement sur le coude.

La fracture siège à la base de l'olécrane : l'écartement est considérable, comme la radiographie le démontre.

Le 30 septembre, intervention. Après asepsie rigoureuse, cerclage à l'aide d'un fil de bronze, après ablation, à la curette, d'un volumineux caillot sanguin interposé entre les fragments. Appareil plâtré dans l'extension pendant huit jours. Les mouvements sont commencés le jour même. Il n'y avait d'ailleurs aucune raideur. La deuxième radiographie montre la coaptation parfaite des fragments.

M. Quénu. — L'opération que M. Picqué a faite, ainsi qu'il résulte de sa description et de la radiographie, n'est pas un cerclage, mais une suture périosseuse. J'ai fait le demi-cerclage de l'olécrane en traversant avec un fil métallique la base de l'olécrane (côté cubitus), et en conduisant ce fil autour du sommet de l'olécrane.

Résection du coude.

M. Pierre Duval. — Résection du coude. Interposition musculaire. — Rapporteur, M. Nélaton.

Procédé opératoire pour fistule congénitale latérale du cou.

M. A. Broca. — Le garçon de trois ans et demi que je vous présente a été opéré par moi, il y a un mois, soit le 19 janvier, d'une fistule congénitale latérale du cou, ouverte un peu au-dessous de la partie moyenne, sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien ; mon but est de vous faire connaître le procédé, assez esthétique, que depuis assez longtemps déjà j'emploie dans les cas de ce genre.

Pour les fistules borgnes externes, ne remontant pas au delà de l'os hyoïde, il est certain, et je l'ai dit dans un article déjà ancien du *Traité de chirurgie*, que l'on peut, en tirant sur le trajet,

le disséquer jusqu'au cul-de-sac terminal par une simple incision circulaire circonscrivant l'orifice inférieur.

Pour les fistules totales, ou, d'une manière plus générale, pour celles qui, à orifice pharyngien connu ou inconnu, s'enfoncent derrière l'angle de la mâchoire et plongent dans le triangle maxillo-pharyngien, on ne saurait disséquer ainsi en tunnel, et quand on se décide à extirper le trajet, opération aujourd'hui reconnue possible, il faut y voir clair derrière l'angle de la mâchoire, là où la fistule, au-dessus de la grande corne hyoïdienne, croise le paquet vasculo-nerveux.

D'où l'idée, dont je vous montre le résultat, de disséquer par traction, comme je viens de le dire, la partie inférieure du trajet; puis de faire derrière l'angle de la mâchoire une seconde petite incision par laquelle on fait sortir la partie déjà disséquée, dont on continue ensuite la libération.

Chez mon malade, la cicatrice inférieure est presque transversale, et assez grande, parce que la fistule, suppurant depuis longtemps, s'ouvrait par un orifice exulcéré, large, qui avait dû être débridé six semaines auparavant pour une rétention purulente. Sauf ce cas spécial, on doit obtenir une cicatrice parallèle au bord du sterno-cléido-mastoïdien.

Présentations de pièces.

Modifications produites par la radiothérapie dans deux cancers du sein.

M. Walther. — J'ai eu l'occasion d'observer, dans le courant du mois d'octobre dernier, et d'opérer deux cancers du sein traités par la radiothérapie depuis un temps assez long pour qu'il fût possible de constater les transformations produites par l'action des rayons de Rœntgen. Les examens anatomiques des tumeurs que je vous présente ont été faits par mon chef de laboratoire, M. le Dr Beaujard.

Il m'a paru utile de vous apporter ici les résultats de ces examens, à titre de document dans l'étude si intéressante des effets anatomiques de la radiothérapie.

Observation I.

G... (Gasparine), âgée de soixante-treize ans, entrée à la Pitié, le 31 octobre 1905.

Il y a deux ans, la malade s'aperçoit par hasard, en faisant sa toilette, de la présence, dans la partie supérieure du sein gauche, d'une petite tumeur du volume d'une noisette. Cette tumeur augmente progressivement mais lentement.

En janvier 1904, elle consulte M. le Dr Martinet qui l'envoie à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre collègue le Dr Béclère, pour essayer de la radiothérapie. L'âge de la malade, l'existence d'une lésion mitrale assez accentuée, une albuminurie notable, semblaient en effet contre-indiquer une intervention chirurgicale. Les séances de radiothérapie furent commencées immédiatement et continuées tous les huit jours jusqu'au mois de mai 1905. Pendant toute cette période, la tumeur sembla diminuer de volume.

En mai 1905, apparaît une radiodermite intense. A la surface du sein, au-dessus du mamelon, se forme une ulcération qui va croissant régulièrement. Le traitement est malgré tout continué jusqu'au mois de septembre. A partir de la cessation des séances de radiothérapie, l'ulcération reste stationnaire, mais les douleurs sont très vives et la tumeur grossit.

M. le Dr Martinet m'envoie la malade à la Pitié le 31 octobre.

État actuel. — Toute la moitié supérieure du sein gauche est occupée par une ulcération irrégulière à bords festonnés, très peu surélevés, rouges. Le fond est recouvert d'un enduit purulent, jaune verdâtre. Cette ulcération est le siège de douleurs très vives.

Dans la profondeur, on sent une masse dure, du volume d'une petite orange, un peu adhérente à l'aponévrose du grand pectoral, très adhérente à la peau. Adénopathie axillaire; ganglions petits, durs.

Etat général assez mauvais. Souffle mitral systolique et présystolique. 50 centigrammes d'albumine.

Malgré l'âge de la malade, malgré la lésion mitrale et l'albuminurie, je pensai qu'en raison de l'acuité des douleurs de la longue durée certaine de cette ulcération, de l'impossibilité de continuer la radiothérapie, la seule chose à faire était d'enlever le sein.

Opération le 4 novembre. — Anesthésie au chloroforme après injection de 1 milligramme de scopolamine et de 1 centigramme de morphine. Anesthésie très régulière sans aucun incident. Amputation du sein avec curage de l'aisselle et ablation du grand pectoral. Suites simples. Réunion par première intention.

La malade, revue il y a quelques jours, est en parfait état.

Voici maintenant les résultats de l'examen anatomique fait par M. le Dr Beaujard :

Examen macroscopique.

La pièce se compose de la totalité du sein, et de la masse graisseuse du creux axillaire renfermant des ganglions.

La peau de la région mammaire, normale au-dessous du mamelon,

présente, immédiatement au-dessus de l'aréole, une ulcération (Radiodermite) en forme de croissant de 2 ou 3 centimètres de large sur 7 ou 8 centimètres de longueur. Le fond de cette ulcération est recouvert d'une substance putrilagineuse. La peau qui l'entoure est lisse, amincie; rouge auprès de l'ulcération, elle reprend l'aspect normal à 2 ou 3 centimètres de la perte de substance. Les bords limitant l'ulcération ne sont pas surélevés, la profondeur paraît n'être que de 1 à 2 millimètres.

Sur une coupe sagittale, passant au niveau du mamelon, le sein se montre presque entièrement formé de graisse, et la partie glandulaire est réduite à une petite masse fibreuse, au-dessous de l'aréole.

On trouve dans la masse graisseuse du creux axillaire plusieurs ganglions du volume d'un pois à une noisette; l'un d'eux, de forme très allongée (2 cent. $\times$ 0.5), présente sur la coupe, à l'une de ses extrémités, une partie périphérique en forme de croissant, tranchant par son aspect graisseux avec le reste de la substance ganglionnaire plus ferme et plus consistante.

Examen microscopique.

I. *Coupe intéressant la tumeur elle-même.* — La tumeur est formée par une masse de tissu conjonctif dans lequel se trouvent quelques boyaux épithéliaux.

Le tissu conjonctif très dense est formé de faisceaux fibreux entrecroisés, à vaisseaux lymphatiques abondants élargis, et à vaisseaux sanguins à parois épaissies. Dans plusieurs artérioles, l'endothélium a proliféré, quelques cellules endothéliales desquament dans la cavité vasculaire.

Les boyaux épithéliaux formés de 2 ou 3 rangs de cellules limitant une cavité où viennent saillir des cordons cellulaires. Les protoplasmas sont souvent vacuolaires, parfois granuleux, assez peu abondants. Les noyaux légèrement rétractés. Sur les préparations osmiées, les cellules contiennent assez souvent quelques rares granulations graisseuses. Cet aspect est le même sur toute la hauteur de la coupe.

II. *Coupe des ganglions* (ganglion présentant une partie d'aspect graisseux dégénéré).

On trouve sur cette coupe :

1° Des régions de substance ganglionnaire normale;

2° Des régions de tissu lymphoïde parsemées de boyaux épithéliaux;

3° Des zones de tissu épithélial en masse continue;

4° Des zones de tissu épithélial avec sclérose plus ou moins intense.

1° *Régions de substance ganglionnaire normale.* — Rien de bien spécial, le centre de certains follicules paraît pauvre en cellules lymphatiques; congestion générale de l'organe.

2° *Région de tissu lymphoïde parsemée de boyaux épithéliaux.* — Les cellules épithéliales sont nettement reconnaissables par leur volume, les noyaux paraissent un peu rétractés. Nombreux pseudo-parasites. (Corps de Plimmer, Soudakewitch, etc...)

3° *Zones de tissu épithélial en masse continue.* — Les cellules épithéliales forment tantôt des alvéoles nettement limitées par une enveloppe fibreuse, tantôt des sortes d'acini à une seule rangée de cellules, avec une cavité contenant une masse granuleuse se colorant en vert bleu au mélange de Benda, tantôt des masses où les cellules sont juxtaposées, quelques fibrilles conjonctives séparant les noyaux épithéliaux. A la limite, les fibres conjonctives sont de plus en plus nombreuses et mènent à la quatrième zone.

Dans cette partie, les cellules néoplasiques sont volumineuses, leur protoplasme présente des vacuoles et contient toujours des pseudo-parasites; un certain nombre de cellules présente une dégénération graisseuse des plus nettes, à fines granulations noircies par les fixateurs osmiés.

4° *Zone de tissu épithélial avec sclérose plus ou moins intense.* — Les cellules à granulations graisseuses sont particulièrement abondantes dans les régions où commence la sclérose. Dans certaines cellules, ces granulations forment un cercle d'un seul rang autour du noyau (Stade de début). Dans d'autres, elles sont très nombreuses, criblant tout le corps protoplasmique. Il n'est pas rare de trouver ces cellules graisseuses côte à côte dans la même loge épithéliale, mais leur distribution est assez irrégulière, réserve faite de leur fréquence dans les régions périphériques de la zone scléreuse; les noyaux sont subnormaux, pas de kariokynèse.

Au fur et à mesure que la sclérose est plus intense les cellules épithéliales sont moins volumineuses; le protoplasma, le premier, disparaît peu à peu, puis les noyaux se rétractent; à la limite on ne distingue que quelques débris nucléaires entre les faisceaux fibreux.

III. — *Coupe intéressant la peau au niveau de la radiodermite.*

Le chorion est formé d'un tissu conjonctif très fibreux mais contenant des fibres élastiques; les fentes lymphatiques sont élargies, les artérioles sont très scléreuses, plusieurs sont presque totalement oblitérées; les veinules sont dilatées et remplies de sang, plusieurs filets nerveux sont légèrement scléreux. Nombreuses cellules migratrices entre les faisceaux fibreux. Le nombre de papilles est sensiblement diminué.

L'épithélium de revêtement présente, loin de l'ulcération, une activité considérable de la zone génératrice. Le corps muqueux est hypertrophié, contenant jusqu'à cinquante assises de cellules parimenteuses, les inférieures plus petites, les superficielles plus volumineuses. Il y a quatre ou cinq rangs de cellules à éléidine. La couche cornée paraît avoir été décapée presque entièrement au moment de l'opération.

Au fur et à mesure qu'on approche de l'ulcération, la hauteur de l'épiderme diminue; à la limite, il y a encore une dizaine de couches cellulaires, puis brusquement l'épithélium est remplacé par un magma fibrineux contenant de nombreux leucocytes et reposant directemennt sur le chorion. Les cellules épithéliales présentent des vacuoles périnucléaires de plus en plus grandes à mesure qu'on approche de l'ulcération.

Par les fixateurs osmiés pas de graisse dans l'épithélium, quelques globules graisseux dans le magma qui recouvre l'ulcération.

En somme, il s'agit d'un épithélioma avec grande abondance de tissu fibreux, et nombre très restreint de boyaux épithéliaux. La radiothérapie peut être invoquée comme cause de cette hyperplasie fibreuse et de l'atrophie des éléments épithéliaux, mais on doit aussi tenir compte de l'âge de la malade qui prédispose aux néoplasmes à forme scléreuse et atrophique.

La dégénérescence graisseuse ou l'état atrophique de certaines cellules épithéliales dans le ganglion, ainsi que la sclérose limitée dans cet organe, relèvent très vraisemblablement de la radiothérapie.

Observation II

Mme L..., âgée de cinquante-cinq ans. Femme robuste, sans aucun antécédent pathologique.

Depuis un an, écoulement de sang par le mamelon gauche. Apparition dans le sein sous le mamelon d'une petite tumeur qui augmente progressivement de volume.

Au mois de mai 1905, radiothérapie. En mai, 4 séances quotidiennes de 10 minutes environ, 15 jours de repos. En juin, 7 séances quotidiennes. Donc, en tout, 11 séances. Apparition d'une radiodermite qui force à suspendre le traitement.

Au mois d'octobre, je vois la malade qui m'est envoyée par mon ami le Dr Florand. Epithélioma dendritique net, avec légères adhérences à la peau et ganglions axillaires.

Opération le 14 octobre 1905. — Anesthésie par le chloroforme après injection de scopolamine et de morphine.

Amputation du sein avec ablation du grand pectoral et curage de l'aisselle.

Suites simples, réunion par première intention.

La malade revue au mois de janvier 1906 est en parfait état.

Examen de la pièce par M. le Dr Beaujard :

Examen macroscopique.

La pièce se compose du sein et de la masse graisseuse du creux axillaire.

La peau de la région mammaire est normale dans toute son étendue. Le mamelon est rétracté.

Sur une coupe sagittale passant par le mamelon, la glande se présente sous l'aspect d'une masse de consistance ferme, assez bien limitée, haute de 3 centimètres environ sur 7 à 8 de large. La coloration générale est jaune grisâtre, avec quelques teintes rosées vers la

superficie. La coupe est un peu granuleuse et laisse sourdre un liquide sirupeux. Ce liquide vient de la coupe d'un grand nombre de petits kystes dont les plus gros atteignent un diamètre de 2 millimètres.

Dans la masse graisseuse de l'aisselle se trouvent quelques ganglions; le plus volumineux, de la grosseur d'une petite noisette, présente à la coupe une surface blanchâtre homogène.

Examen microscopique.

I. *Coupe intéressant la région mammillaire.* — La coupe renferme le mamelon avec son épithélium, les canaux galactophores et quelques points de la glande tranformés en tissu néoplasique.

L'épithélium de revêtement est réduit à trois ou quatre couches de cellules. Le nombre des papilles est considérablement diminué.

Le chorion est très fibreux, un certain nombre de faisceaux musculaires lisses sont atrophiés et envahis par la sclérose.

Les canaux galactophores offrent à leur terminaison un épithélium formé d'une seule couche cubique. A mesure qu'on avance dans la profondeur, l'épithélium prend deux ou trois rangs de cellules et forme des végétations à l'intérieur de la cavité. Il existe, en outre, un certain nombre de saillies intracanaliculaires formées par une charpente conjonctive dépendant du chorion et revêtue par l'épithélium. Un certain nombre de galactophores sont extrêmement dilatés et leur cavité est remplie par une masse en partie fibrineuse, en partie mucoïde renfermant de nombreux globules rouges, des leucocytes et des cellules épithéliales desquamées.

Le tissu conjonctif qui sépare ces canaux est richement infiltré de cellules migratrices.

La région glandulaire contient surtout des formations kystiques tapissées par un épithélium, tantôt avec une couche de cellules cubiques, tantôt avec trois ou quatre couches de cellules saillantes dans la cavité et plus ou moins desquamées; en certains points le tissu conjonctif sous-jacent à l'épithélium le soulève pour former des prolongements intrakystiques. Le contenu des kystes est un mélange de substance fibrineuse et de mucoïde (coloration dichroïque ou bleu de Unna).

II. *Coupe de la partie profonde.* — Nous trouvons :

1° Des formations kystiques rappelant l'aspect de la coupe précédente avec le même contenu;

2° Au centre de la cavité dilatée, des prolongements formés les uns par de simples boyaux épithéliaux, les autres par excroissance du chorion revêtu d'épithélium (prolongements dendritiques) ;

3° Une large région formée de tissu conjonctif assez peu dense circonscrivant des alvéoles dans lesquels on voit des cellules épithéliales. La presque totalité des cellules montre un protoplasma plus ou moins rétracté, la cavité des alvéoles est en partie remplie par une substance vaguement fibrillaire, de coloration violacée dichroïque (bleu polychrome), les cellules néoplasiques se trouvant refoulées au centre ou sur l'un des côtés;

4° Les parties de tissu conjonctif sont richement infiltrées de cellules migratrices.

Coupe intéressant le ganglion. — Le ganglion examiné, du volume d'une petite noisette, est envahi par le néoplasme qui forme de nombreux boyaux et d'assez larges plaques de cellules épithéliales, constituant une sorte de large réseau plus volumineux que les parties ganglionnaires qui ne sont pas détruites par l'envahissement néoplasique.

Dans ces dernières portions, il est impossible de reconnaître la structure glanglionnaire, on ne trouve plus qu'une masse lymphoïde, où les lymphocytes sont assez peu nombreux pour laisser voir une trame plus scléreuse que normalement. Cette sclérose est jeune, formée surtout de longues cellules conjonctives à noyau très effilé.

Les cellules épithéliales des travées néoplasiques ont un protoplasma polyédrique légèrement granuleux, et un gros noyau à réseau chromatinien bien développé. Certaines d'entre elles présentent des vacuoles, soit excentriques, soit centrales, entourant le noyau qui se trouve ainsi au milieu d'un petit espace clair dans lequel on voit souvent quelques granulations plasmatiques. D'autres cellules sont en picnose bien nette; protoplasme clair fortement éosinophile, noyau très basophile, en tache d'encre, très petit. Un certain nombre de ces noyaux picnotiques sont étoilés, semblant appartenir à des formes caryocinétiques avortées.

Au milieu des masses épithéliales on voit quelques cavités, les unes les plus rares, renfermant une substance homogène dichroïque par le bleu de Unna (dégénérescence mucoïde); d'autres contiennent une substance homogène orthobasophile, parsemée de débris nucléaires et de leucocytes polynucléaires et mononucléaires.

En résumé, il s'agit d'un épithélioma dendritique au début, mais ayant rapidement effondré la basale, et actuellement au stade carcinome avec dégénérescence mucoïde.

On peut, dans une certaine mesure peut-être, attribuer à la radiothérapie l'infiltration si riche du tissu conjonctif par les cellules jeunes (c. f. Perthes); mais il s'agit d'un épithélioma avec écoulement sanguinolent par le mamelon, et il y a lieu de tenir compte d'un certain degré d'infection.

La radiothérapie peut en outre avoir été la cause de dégénérescence dans les cellules néoplasiques du ganglion.

Botryomycose.

M. Thiéry. — Quatre moulages de Botryomycose. — Rapporteur, M. Hartmann.

Fibrome utérin.

M. SAVARIAUD. — 1° Fibrome utérin. Hystérectomie totale. — Rapporteur, M. RICARD.

2° Coxa vara. — Rapporteur, M. KIRMISSON.

3° Radiographie de luxation du pouce en arrière. — Rapporteur, M. DEMOULIN.

Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. POTHERAT qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. WALTHER dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Etourneau, intitulé : *Sarcome du médiastin*.

Ce travail est renvoyé à une commission dont M. WALTHER est nommé rapporteur.

Rapports.

De l'anesthésie par le chloroforme après injection de scopolamine, par le Dr PSALTOFF, chirurgien de l'Hôpital hellénique de Smyrne.

Rapport par M. C. WALTHER.

Messieurs, M. le Dr Psaltoff nous a envoyé 30 observations d'emploi de la scopolamine.

La scopolamine a été employée seule dans 4 cas pour de petites interventions (curettage de l'utérus, grattage du tibia, fistule anale, petite tumeur du rectum).

Dans les 26 autres observations, l'injection de scopolamine a précédé l'anesthésie chloroformique.

M. Psaltoff a suivi exactement la technique qui vous a été exposée ici (1), à savoir : injection, une heure avant l'administration du chloroforme, d'un milligramme de scopolamine et d'un centigramme de morphine.

De l'analyse de cette série d'observations dont il nous donne le détail, M. Psaltoff tire une étude sur les effets de ce mode d'anesthésie :

1° Avant la chloroformisation : suppression de toute appréhension; sommeil tranquille, léger, avec une respiration régulière; un bruit, un mouvement, réveillent le malade qui se rendort aussitôt que le bruit a cessé;

2° Pendant la chloroformisation : suppression de la période d'excitation (à peine quelquefois de légers mouvements de défense aux premières bouffées de chloroforme); régularité constante de la respiration; suppression des nausées et des vomissements; diminution notable de la quantité de chloroforme;

3° Après la chloroformisation : sommeil tranquille et très doux pendant trois ou quatre heures. Nausées et vomissements très rares et toujours tardifs.

Neuf malades seulement ont eu le soir ou le lendemain quelques nausées et un ou deux vomissements.

M. Psaltoff n'a pas observé de contracture gênante des muscles, ni de tendance à l'hémorragie.

Il note la fréquence du pouls, la dilatation de la pupille et une légère congestion de la face.

M. Psaltoff nous dit que depuis dix-huit ans qu'il exerce la chirurgie, il s'est toujours servi de chloroforme qu'il administre avec un masque de flanelle. Il a eu quelques alertes plus ou moins sérieuses; il n'a jamais eu à déplorer un seul accident mortel sur 11.000 anesthésies.

Cependant les avantages qu'il a trouvés à l'anesthésie mixte par scopolamine-morphine et chloroforme lui paraissent tels qu'il est décidé à continuer régulièrement l'emploi de ce mode d'anesthésie.

Je ne puis que souscrire aux conclusions du travail de M. Psaltoff.

Au mois de juin dernier, je vous avais communiqué 56 observations d'anesthésie par chloroformisation précédée d'injection

(1) C. Walther. De l'anesthésie par le chloroforme après injection sous-cutanée de scopolamine. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1905, p. 614, séance du 21 juin.)

sous-cutanée de 1 milligramme de scopolamine et de 1 centigramme de morphine et je vous avais dit les excellents résultats que m'avait donné cette technique qui m'avait été conseillée par mon ami, M. le Dr Desjardins.

A la même séance, M. le professeur Terrier apportait 53 observations montrant l'innocuité de la scopolamine.

Depuis, j'ai continué à employer la scopolamine suivant la même technique et je l'ai employée dans la plupart des anesthésies; je dis dans la plupart, parce que, chez les enfants, je fais l'anesthésie à l'éther, et que dans les opérations qui portent sur la bouche, la langue, les lèvres, je ne fais jamais d'injections de scopolamine, les malades ayant besoin de se réveiller vite pour pouvoir cracher et se laver la bouche.

J'ai fait actuellement 326 fois l'anesthésie par le chloroforme, après injection de scopolamine-morphine.

A ces 326 cas, je pourrais ajouter 21 cas d'anesthésie par une injection de scopolamine-morphine sans chloroforme, pour de petites opérations : curettages, réductions de fractures, etc., ce qui porte à 347 le nombre des cas où je me suis servi de la scopolamine.

Je n'ai jamais observé le moindre accident, je dirai même le moindre incident imputable à la scopolamine.

Je ne parlerai pas ici des 21 anesthésies, ou plutôt demi-anesthésies, par injection de scopolamine sans chloroformisation. Tout ce que j'en veux dire, c'est que ce moyen peut rendre de grands services pour de petites opérations, mais surtout pour la réduction des fractures et l'application des appareils plâtrés. Les malades, engourdis d'un demi-sommeil, ne résistent pas, ne se contractent pas et sont suffisamment anesthésiés.

Je vous demande la permission de vous donner quelques renseignements sur les 326 cas d'anesthésie vraie, opératoire, par morpho-scopolamine et chloroforme.

La technique employée a été celle que je vous ai déjà indiquée et je n'y insiste pas : l'injection est faite une heure avant la chloroformisation. Pour administrer le chloroforme, je me suis toujours ou presque toujours servi de l'appareil de Ricard.

Dans ces derniers temps, j'ai essayé de diminuer la dose de scopolamine, et dans les 79 dernières anesthésies, je n'ai employé qu'un demi-milligramme de scopolamine et un demi-centigramme de morphine, toujours une heure avant la chloroformisation. Par conséquent, sur les 326 observations indiquées, 247 ont trait à l'emploi d'un milligramme de scopolamine, 79 à l'emploi d'un demi-milligramme seulement.

Avec cette petite dose, le sommeil pré-chloroformique est plus léger chez certains sujets, mais toujours aussi calme; on observe

quelquefois une ébauche légère de période d'excitation, quelques petits mouvements de défense au début de la chloroformisation, mais le sommeil, pendant toute la durée de l'opération, est aussi calme, aussi régulier; la respiration offre toujours ce caractère particulier d'ampleur, de tranquillité, qui est si frappant dans ce mode d'anesthésie.

On peut donc se contenter, chez la plupart des sujets, de cette dose d'un demi-milligramme de scopolamine et d'un demi-centigramme de morphine. Chez les hommes vigoureux, chez les alcooliques, il vaut mieux faire l'injection ordinaire d'un milligramme; c'est chez ces sujets que j'ai observé une période d'excitation légère, deux ou trois fois seulement assez forte.

Comme je l'ai dit plus haut, je n'ai jamais employé la scopolamine chez les enfants au-dessous de treize ans. Une seule fois, une injection d'un demi-milligramme a été faite à un enfant de onze ans; l'anesthésie chloroformique a été parfaite.

Chez les vieillards, je l'ai toujours employée avec les meilleurs résultats.

Mes 326 observations comportent des opérations de toute nature, notamment 207 laparotomies, 33 hernies, 10 amputations du sein, 8 opérations sur l'anus ou le rectum, etc.

Jamais je n'ai observé la tendance à l'hémorragie dont il a été parlé et qui semble exister avec les injections répétées (3 milligrammes) de scopolamine; je vous avais déjà cité une observation de laparotomie chez une femme enceinte; je suis intervenu trois fois encore dans les mêmes conditions, sans observer aucune hémorragie. J'ai fait des opérations sur les voies biliaires, des laparotomies très laborieuses pour gros fibromes adhérents, pour salpingites adhérentes sans jamais avoir été gêné par un suintement sanguin anormal.

M. Monod nous a communiqué, le 26 juillet dernier, l'observation d'une femme de vingt-sept ans qu'il avait opérée d'une cholécystite sous l'anesthésie chloroformique après injection d'un milligramme de scopolamine et d'un centigramme de morphine.

L'injection avait été faite deux heures avant la chloroformisation. La durée de l'opération fut de une heure vingt, et la quantité de chloroforme employée 50 centimètres cubes.

Vingt minutes après la cessation du chloroforme, la malade fut prise d'accidents graves : visage sans expression, bleuâtre, gouttes de sueur sur le front, pupilles dilatées, insensibles à la lumière, réflexe cornéen aboli. Respiration superficielle, battements du cœur très faibles, sans altération du rythme, 75 à 80 pulsations par minute. La langue n'était pas avalée.

Malgré des injections de 2 centimètres cubes d'éther et de

2 centimètres cubes de caféine, la respiration artificielle et des inhalations d'oxygène, au bout de dix minutes le cœur s'arrêtait, les pupilles étaient énormément dilatées, l'œil vitreux.

Ce n'est que dix minutes plus tard que, sous l'influence de la respiration artificielle, les battements du cœur reparurent très faibles avec un pouls filant.

Le cœur reprit assez bien environ trente-cinq minutes après le début des accidents. Pendant deux jours les battements restèrent un peu mous, mais avec un rythme régulier, le pouls à 80 environ.

M. Monod attribue ces accidents à l'action de la scopalamine, et pense que chez les hépatiques, il ne faut pas employer cet agent.

Je demande à mon cher maître et ami M. Monod la permission de discuter avec lui son observation. Aussi bien, je connais trop la conscience et la rigueur de sa méthode scientifique pour croire qu'il me permettrait d'accepter sans examen les conclusions qu'il a tirées de ce fait.

Une chose me frappe avant tout : c'est la quantité de chloroforme employée : 50 centimètres cubes, c'est-à-dire 75 grammes pour une anesthésie d'une durée d'une heure vingt minutes. C'est là une dose énorme, et qui semble très capable de provoquer une intoxication cardiaque profonde, et les accidents observés ressemblent singulièrement à ceux de l'intoxication chloroformique. Je ne puis parler des effets de l'intoxication par la scopolamine, puisque je n'ai jamais sur mes 347 cas observé le moindre accident analogue, et que toujours, au contraire, l'action de la scopolamine m'a semblé assurer une très frappante régularité du pouls et de la respiration.

Tout au plus pourrait-on conclure de l'observation de M. Monod qu'après l'injection de scopolamine, il ne faut pas employer les doses massives de chloroforme pour ne pas associer à quantités nocives les deux anesthésiques.

Mais un des principaux avantages de la scopolamine est précisément de mettre le sujet dans un état de demi-anesthésie qu'il suffit de compléter par l'administration de faibles doses de chloroforme. Je crois donc que dans l'observation de M. Monod, il y a eu de la part du chloroformisateur une erreur de technique, et que les accidents sont dus à l'énorme quantité de chloroforme administrée.

Les doses de chloroforme nécessaires après scopolaminisation sont faibles, plus faibles que dans la chloroformisation ordinaire avec l'appareil de Ricard. Je ne veux pas donner ici de chiffres précis, parce qu'ils n'auraient pas grande valeur.

Il existe, en effet, lorsqu'on se sert de l'appareil de Ricard, une

cause d'erreur qui n'a pas été signalée par ceux de nos collègues qui ont donné leur appréciation sur cet appareil, cause d'erreur dans l'évaluation de la quantité de chloroforme absorbée par la malade : Plus on ouvre de trous, moins par conséquent le malade absorbe de chloroforme, plus il y du chloforme perdu par évaporation, plus grande est la quantité totale consommée. Or, après l'injection de scopolamine, l'anesthésie une fois obtenue, est entretenue autant que possible avec de très faibles doses; presque toujours un demi-tour, un quart de tour et les quatre trous ouverts.

Je dois ajouter encore que sous l'influence de la scopolamine, la respiration est plus lente, qu'il y a par conséquent, une évaporation relativement plus forte, un écart encore plus considérable entre la quantité de chloroforme utilisée, absorbée par le malade et la quantité dépensée, seule appréciable.

Il existe bien entendu de très grandes différences suivant les individus, dans la résistance à l'action soit de la scopolamine, soit du chloroforme.

Je pense que l'action de la scopolamine n'est qu'avantageuse en permettant de diminuer la quantité de chloroforme et je n'ai jamais observé jusqu'ici d'influence nocive de la scopolamine dans les cas où l'élimination peut être ralentie, chez les hépatiques par exemple, comme nous le signalait M. Monod. J'ai opéré un assez grand nombre d'appendicites chroniques ou subaiguës, avec cholémie, foie gros, infection intestinale intense, sans jamais avoir observé autre chose que les avantages d'une diurèse abondante dès le premier jour. De même dans des opérations sur les voies biliaires (notamment dans un cas de calcul enclavé dans l'ampoule de Vater et que je n'ai pu extraire que par taille duodénale, chez un malade qui avait un ictère intense et un peu de fièvre), dans des kystes hydatiques du foie, etc.

Dans un grand nombre de cas, l'emploi de la scopolamine m'a rendu de réels services chez des malades qui offraient les plus mauvaises conditions pour l'anesthésie. Je ne voudrais pas abuser de votre attention, mais je vous demande cependant la permission de vous signaler deux ou trois de ces faits comme exemples.

1. Il y a quelques mois, je dus opérer pour une appendicite à rechutes assez fréquentes, un homme d'une soixantaine d'années; c'était un vieux dyspeptique, dyspepsie d'origine intestinale, très certainement d'origine appendiculaire, avec gros foie; homme gras, pâle, à cœur gras, au pouls très faible, ayant eu déjà depuis quelques années deux ou trois syncopes; emphysémateux et souvent atteint de bronchite et de congestion pulmonaire; nerveux et impressionnable avec cela.

J'avoue que j'avais une certaine appréhension de l'anesthésie, l'emploi de l'éther, qui était indiqué par l'état du cœur, m'était interdit par l'état des poumons et j'aurais eu grande hésitation à donner du chloroforme seul à un malade dont le cœur semblait devoir si mal se défendre contre une intoxication. D'autre part, la communication alors récente de M. Monod avait jeté quelques troubles dans mon esprit et je craignais d'ajouter une intoxication nouvelle si légère qu'elle fût à l'action déjà dangereuse du chloroforme. Malgré tout, ce que j'avais déjà observé dans une centaine de scopolaminisations m'encouragea à employer ma technique ordinaire, parce que je pensai qu'il y avait grand avantage dans le cas présent à supprimer une grande cause de troubles cardiaques, de syncopes, en enlevant toute appréhension à ce malade fort impressionnable et qui redoutait beaucoup l'anesthésie, et grand avantage aussi à diminuer dans la mesure du possible la quantité de chloroforme.

Je fis donc une injection d'un milligramme de scopolamine et d'un centigramme de morphine une heure avant l'opération et, en commençant la chloroformisation, je fis faire par précaution une injection d'huile camphrée; de plus je fis de temps en temps donner quelques bouffées d'oxygène. L'opération fut longue à cause d'adhérences intestinales et épiploïques très étendues autour d'un vieux foyer péri-appendiculaire; elle dura quarante minutes. L'anesthésie fut admirablement supportée, la respiration ample et régulière, le pouls resta toujours le même, faible mais très régulier. La durée totale de l'anesthésie chloroformique fut de cinquante-cinq minutes. La quantité de chloroforme employée fut minime, 6 centimètres cubes, soit 9 grammes. Le malade dormit ensuite d'un sommeil scopolaminique tranquille pendant cinq heures et ne ressentit aucun inconvénient de l'anesthésie.

2. — Chez une femme de cinquante-cinq ans, obèse, emphysémateuse, atteinte de bronchite chronique, constamment en état de congestion pulmonaire, atteinte d'une énorme éventration consécutive à une hystérectomie faite il y avait une douzaine d'années par le procédé à pédicule externe, je fus forcé d'intervenir pour une ulcération progressive de la très mince enveloppe de l'éventration. Ici les difficultés de l'anesthésie étaient accrues de ce fait que la malade ne pouvait supporter le décubitus dorsal et que depuis de longues années elle ne pouvait dormir qu'à moitié assise.

Après l'injection de scopolamine, la malade s'endormit d'un sommeil calme, régulier. Dès le début de la chloroformisation, je fis faire une injection d'huile camphrée et donner par instant un peu d'oxygène. L'opération fut particulièrement laborieuse; la

vessie était complètement adhérente dans l'éventration avec tout l'épiploon et plusieurs anses d'intestin. L'anesthésie dura deux heures; 35 grammes de chloroforme furent dépensés. L'anesthésie fut bien supportée, le pouls resta régulier, la respiration toujours embarrassée, pénible comme à l'état normal chez cette malade. Il y eut, pendant quelques jours, un peu plus de congestion pulmonaire que d'habitude, mais les suites opératoires furent simples.

3. — Je vous ai déjà cité, dans la dernière séance, l'observation d'une femme de soixante-douze ans que j'avais dû opérer pour un cancer du sein avec radiodermite ulcérée très douloureuse et qui avait une lésion mitrale mal compensée avec albuminurie. Dans ce cas encore, l'emploi de la scopolamine me permit d'assurer l'anesthésie dans les meilleures conditions, avec une faible dose de chloroforme.

Je pourrais multiplier ces observations, vous citer des cas de malades obèses, avec cœur gras, dans lesquels l'anesthésie a été toujours facile, régulière.

Je ne veux en tirer que cette conclusion que, d'après ce que j'ai observé, la scopolamine, loin de présenter des inconvénients, ne me paraît avoir que des avantages chez les malades que l'état du cœur, du foie, semble mal disposer à l'anesthésie chloroformique.

Chez les femmes très nerveuses, très émotives, les avantages de la scopolamine sont sinon plus réels, au moins plus apparents. La tranquillité du début de la chloroformisation, l'absence de toute tendance syncopale, contrastent singulièrement avec ce que nous sommes habitués à voir en pareil cas; les malades dorment dès le début d'un sommeil calme, la face est rosée, légèrement congestionnée, la respiration ample, régulière.

Je dois vous signaler un incident que j'ai observé chez une femme de quarante-cinq ans, grande nerveuse, que j'opérai au mois de novembre dernier pour un gros fibrome développé depuis une vingtaine d'années et qui avait considérablement augmenté de volume depuis un an. La tumeur était énorme, à masses multiples, remontant jusqu'au foie, refoulant en haut l'estomac, emplissant complètement l'excavation pelvienne, déterminant des accidents de compression, une gêne circulatoire notable; dilatation du cœur droit; cœur mou; pouls irrégulier, intermittences; toutes les quatre pulsations une intermittence. Décubitus dorsal ou latéral impossible.

Après l'injection de scopolamine (de 1 milligramme) l'anesthésie chloroformique fut régulière, le sommeil bon, bien que la malade fût assez résistante au chloroforme et qu'on dût employer une

dose assez forte, 43 grammes pour une anesthésie de une heure quarante-cinq minutes. Fait à signaler : sous l'influence de la scopolamine, les intermittences avaient disparu et le pouls resta régulier pendant toute l'opération. L'opération fut assez laborieuse et longue, elle dura une heure et demie.

L'opération terminée, le chloroforme supprimé, la malade fut prise de contractures des membres comme on le voit assez souvent chez les grandes nerveuses au réveil du chloroforme; les contractures se généralisèrent au thorax et au cou et un sifflement laryngé à l'inspiration révéla du spasme de la glotte. Les masséters étaient fortement contracturés et nous eûmes assez de peine à ouvrir la bouche pour prendre et tirer la langue, seule manœuvre qui pût vaincre dans une certaine mesure le spasme de la glotte. Je fis faire en même temps des inhalations d'oxygène. Pendant dix minutes environ, cette tétanisation générale avec spasme de la glotte obligea à maintenir la langue. Puis la contracture céda, la respiration reprit son rythme régulier; le pouls s'était pendant tout ce temps maintenu bon et régulier, sans intermittences. Pendant toute la journée, le pouls fut faible mais régulier; la nuit seulement, après que la scopolamine eut été éliminée, les intermittences reparurent. J'ai revu ces jours-ci l'opérée qui est en parfait état; mais le pouls présente toujours les mêmes intermittences qui n'avaient disparu que pendant une quinzaine d'heures environ sous l'influence de la scopolamine.

Il me semble très difficile de dire si cette contracture généralisée, cette véritable tétanisation, doit être attribuée au seul état nerveux de la malade, si la scopolamine n'a pas joué aussi un rôle d'adjuvant. J'avais vu parfois des contractures, un peu de spasme de la glotte chez les grandes nerveuses au réveil du chloroforme sans scopolamine je n'avais jamais observé ces accidents à un pareil degré.

Il m'a été donné de m'assurer des grands avantages de la scopolamine chez des malades qui avaient déjà subi des interventions avec l'anesthésie ordinaire au chloroforme ou à l'éther. Sur les 326 cas que je vous ai rapportés, 13 fois je suis intervenu chez des malades qui avaient été déjà opérées. Chez plusieurs, que j'avais opérées moi-même, la chloroformisation ou l'éthérisation avaient été particulièrement difficiles, et cette fois, avec la scopolamine, la chloroformisation fut très simple. Je ne vous citerai qu'un seul fait : une femme jeune, très nerveuse, d'une impressionnabilité extrême, ayant la terreur de l'anesthésie, avait été autrefois chloroformée pour une extraction de dent. Le médecin qui avait assisté à cette anesthésie me dit que la scène avait été terrible : grande attaque d'hystérie, puis tendance constante à la syncope sous le chloroforme. Cette fois, j'avais à faire une laparotomie

pour annexité double et appendicite. La malade, ignorant le jour de l'opération, reçut le matin l'injection de scopolamine, sous le nom d'injection de sérum pour la tonifier, elle s'endormit d'un sommeil paisible, le chloroforme fut administré sans qu'elle en eût la moindre conscience, et elle ne s'éveilla que dans la journée. Et ce n'est que quelques heures plus tard qu'on lui dit qu'elle avait été opérée, ce qu'elle ignorait absolument, ne souffrant pas, bien qu'éveillée.

Il me reste maintenant à comparer les résultats de l'anesthésie meilleure que nous faisons depuis un peu plus d'un an avec les appareils spéciaux avec ceux de l'anesthésie après injection de scopolamine.

Avant d'employer la scopolamine, je me servais depuis quelque temps déjà de l'appareil de Ricard, et j'en avais obtenu de très bons résultats, une anesthésie plus facile, plus régulière, une diminution notable de la période d'excitation ; mais la qualité du pouls, la régularité du système respiratoire, l'ampleur de la respiration sont bien meilleures sous l'influence de la scopolamine et la comparaison est facile, puisque je me sers toujours du même appareil.

Sur 125 anesthésies faites de la fin de février à mai 1905 avec l'appareil de Ricard, sans scopolamine, j'ai observé :

9 fois des vomissements au cours de l'opération.
4 fois des nausées.
1 fois un arrêt de respiration de peu de durée obligeant à des tractions de la langue.
2 fois un léger spasme de la glotte.
1 fois une faiblesse et un ralentissement du pouls qui obligèrent à continuer l'anesthésie à l'éther.
1 fois par accident, renversement de l'appareil, arrêt brusque de la respiration, qui reprit du reste aussitôt. Fin de l'anesthésie à l'éther.
2 fois enfin chez des malades vigoureux, à cou gros et court, une difficulté particulière à supporter le masque, à soutenir le plancher de la bouche et la langue ; l'anesthésie fut continuée à la compresse et facile.

J'insiste sur ce dernier fait qui n'a pas été signalé dans notre discussion récente : quelques malades supportent mal le masque. Ce sont d'ordinaire des hommes à cou gros et court chez qui la langue se trouve refoulée par l'occlusion de la bouche sans qu'on puisse, par aucune manœuvre de relèvement de la mâchoire inférieure, d'appui sur le plancher de la bouche, assurer le libre accès

de l'air. Ils ne peuvent vraiment bien dormir que la bouche ouverte.

Cette gêne mécanique de la respiration par application du masque, je l'ai observée aussi bien chez des malades scopolamisés que chez les autres. En pareil cas, il convient de ne pas s'entêter à se servir de l'appareil. Il suffit de continuer l'anesthésie à la compresse.

Sur les 326 anesthésiés au chloroforme avec l'appareil de Ricard après injection de scopolamine, j'ai observé :

3 fois des vomissements au commencement ou à la fin de l'anesthésie.
2 fois des nausées.
Jamais d'arrêt de la respiration.
1 fois un spasme de la glotte.
5 fois masque mal supporté, continuation de l'anesthésie à la compresse.

Il résulte de cette comparaison un réel avantage en faveur du dernier mode d'anesthésie indépendamment des avantages que je vous ai déjà signalés.

Les vomissements post-chloroformiques sont certainement moins fréquents après la scopolaminisation. Je vous avais dit au mois de juin dernier que je n'avais pas trouvé de notables différences sur ce point particulier. J'avais été trompé par une série malencontreuse. Aujourd'hui que mon expérience est plus longue, je crois pouvoir dire, comme M. Terrier, comme M. Psaltoff, que les vomissements post-anesthésiques sont beaucoup moins fréquents. Ils sont, de plus, retardés. Les opérés ne vomissent que la nuit, que le lendemain, et beaucoup moins.

Je tiens enfin à insister encore sur un fait qui n'a pas été signalé par M. Psaltoff, mais sur lequel M. Terrier et moi-même avions déjà appelé l'attention : l'augmentation de la diurèse. Dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération, la quantité d'urine est en général de 800 à 1200 grammes.

En résumé d'après mon expérience personnelle qui n'est pas encore très longue, puisqu'elle ne porte que sur 326 cas, mais dont les résultats me semblent encourageants, je crois que cette méthode d'anesthésie par le chloroforme après injection de scopolamine constitue un très réel progrès : elle me paraît sans danger, elle supprime toute appréhension de la part du malade et par conséquent les accidents graves du début de l'anesthésie, elle assure un sommeil calme, régulier, pendant toute l'opération, elle diminue les souffrances du malade après l'opération, elle diminue

les vomissements post-opératoires et augmente la diurèse.

Tout ceci, Messieurs, est pour vous dire que j'accepte sans restriction les conclusions du travail de M. Psaltoff, et que je vous propose de remercier M. Psaltoff de nous avoir envoyé cet intéressant mémoire que nous conserverons dans nos archives.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu. Quinze perforations de l'intestin. Intervention. Guérison, par M. PIERI (de Marseille).

Rapport par M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, vous m'avez récemment chargé de vous présenter un rapport sur un cas qui vous a été adressé par M. le Dr Pieri, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Voici, en quelques mots, le résumé de l'observation : Un homme de dix-huit ans reçoit un coup de feu par derrière. La balle de 7 millimètres vraisemblablement pénètre au niveau de la pointe du sacrum et traverse de part en part l'abdomen pour ressortir sur la ligne médiane à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

A son entrée à l'hôpital, cet homme ne présente aucun signe de plaie de l'intestin, l'état général est excellent, le pouls bat à 92; la température est à 37°5. Il ne présente aucune douleur à la pression du ventre, il n'a pas de sonorité préhépatique (et pourtant l'intestin portait quinze perforations). Il y a cependant « une légère résistance » des muscles droits de l'abdomen.

Il est certain que si la balle n'avait pas perforé la cavité du ventre de part en part, on eût pu hésiter et attendre en se demandant si le projectile n'était pas resté au niveau du sacrum ou de la graisse de l'espace pelvi-rectal.

Malgré l'absence de symptôme, M. Pieri intervint immédiatement, c'est-à-dire cinq heures après l'accident. Il fit une grande incision médiane suspubienne, dépassant l'ombilic, alla aussitôt au rectum, en sutura une perforation et dévidant ensuite l'intestin de l'angle iléo-cæcal au duodénum, trouva et sutura successivement treize perforations. La quinzième plaie était trop irrégulière, l'intestin trop mâché pour pouvoir être suturé. M. Pieri fit une résection, et, bien qu'il ait constaté des signes évidents de péritonite, des fausses membranes sur l'intestin, des matières fécales

dans le péritoine, il referma le ventre sans drainage et son malade guérit.

L'auteur, comparant le résultat obtenu aux opérations semblables qu'il eut à pratiquer dans les mêmes conditions, se démande alors pourquoi ces terminaisons si dissemblables, malgré la similitude des cas et des conditions et dans les mains du même chirurgien. « Je tiens, dit-il, pour deux facteurs importants de guérison : l'absence d'hémorragie, la résistance individuelle du sujet. » Certes l'épanchement sanguin peut diffuser les germes infectieux et en faciliter le développement. Et pourtant, dans un cas récent que j'ai opéré à l'hôpital Bichat, le malade, atteint de plaie de l'intestin par coup de feu, avait le ventre rempli de sang versé par un gros vaisseau sectionné du mésentère. Il guérit, mais je dois dire qu'il avait été largement drainé.

Quant à la résistance individuelle devant la scepticémie péritonéale, il est un point dont M. Pieri ne tient peut-être pas assez compte : c'est le temps écoulé entre le traumatisme et l'intervention. Le pronostic est en effet en raison directe des heures passées et je rappellerai la statistique de Reclus pour qui la mort arrive dans :

50 pour 100 des cas, après. . . . . 5 heures.
80 pour 100 des cas, après. . . . . 18 —

C'est en général entre la huitième et la douzième heure que débutent les signes de péritonite et je me suis souvent demandé pourquoi ce long silence dans les perforations traumatiques, pourquoi au contraire cette réaction subite, immédiate, en coup de poignard dans les perforations pathologiques, comme cela arrive dans l'ulcère gastrique ou duodénale, dans la fièvre typhoïde, l'appendicite ? Faut-il faire entrer en ligne de compte la résistance péritonéale ou le coefficient stercoro-toxique ? Il est probable que dans ces perforations pathologiques, l'intensité de la réaction est sous la dépendance de l'exagération de septicité et de toxicité du contenu de l'intestin.

Au point de vue de la technique qu'il a suivie, M. Pieri insiste tout particulièrement sur le procédé de suture qu'il a employé : il oblitéra chaque plaie par une suture en bourse. C'est évidemment là une idée heureuse et la durée de l'opération doit se trouver considérablement raccourcie. Cependant je ne pense pas que ce procédé puisse être applicable à tous les cas. Sous peine de déformer et de rétrécir considérablement le calibre de l'intestin, ce mode de suture ne peut être employé que dans le cas de perforations de petites dimensions. Enfin, je me demande si ce seul plan de suture à la soie donne autant de sécurité que les

deux plans habituels, le superficiel, sero-séreux, protégeant le péritoine au cas où l'infection gagnerait le plan profond.

Parmi les perforations, un certain nombre siégeaient sur le bord mésentérique et l'auteur se félicite d'avoir, malgré les classiques, pratiqué en ce point la suture, sans avoir eu à déplorer la nécrose de l'intestin.

Sans doute, il est classique de dire que les plaies du bord mésentérique demandent l'entérectomie et non la simple fermeture. Mais aussi les classiques spécifient bien que ce traitement est applicable aux seules perforations mesurant au moins 3 à 4 centimètres. Il y a déjà longtemps que Bégouin (de Bordeaux), montra que l'on pouvait impunément lier les artères du bord mésentérique sur une longueur de 5 centimètres, mais qu'au delà de cette distance, on produisait fatalement du sphacèle de l'intestin.

Malgré ces petits points de critique, je ne saurais trop féliciter M. Pieri de la façon dont il a conduit son intervention et du brillant succès qu'il a obtenu.

La méthode, la rapidité d'exécution sont certainement les principaux facteurs de succès dans le traitement des plaies de l'abdomen.

Il faut, comme le fit M. Pieri, employer une incision longue, qui donne largement du jour pour pouvoir faire un examen complet et rapide de la cavité abdominale en évitant les manœuvres incertaines, les tiraillements dangereux.

Dans les plaies de l'abdomen par coup de feu, l'incision doit être médiane, car le trajet de la balle est des plus irréguliers et ce serait être mal inspiré que d'inciser sur le point d'entrée ou de sortie du projectile.

Enfin, il ne faut pas attendre que les phénomènes de réaction péritonéale fassent leur apparition, confiant dans la possibilité exceptionnelle de l'intégrité de l'intestin dans ces cas.

C'est là un point depuis longtemps démontré.

En somme, M. Pieri nous apporte une observation intéressante au point de vue clinique, par l'absence de tout symptôme, malgré le nombre des plaies intestinales; au point de vue thérapeutique, par la méthode de l'exécution, la rapidité de la décision. Je suis personnellement tellement convaincu de l'importance de ce dernier facteur que j'ai organisé à l'hôpital Bichat un service de garde spécial, en sorte que les malades sont vus et opérés, le cas échéant, sitôt leur entrée dans les salles. C'est, je crois, grâce à cette organisation que je puis vous présenter la statistique des opérations d'urgence, dont le pourcentage de guérison est bien supérieur à ce qu'il est d'habitude dans les statistiques de ce genre. Je réponds ainsi au désir qu'exprimait récemment M. Delbet

à propos d'une communication de M. Reynier, mais je me borne aujourd'hui aux plaies de l'abdomen, me réservant de donner d'ici à quelque temps une statistique globale visant tous les cas d'urgence qui arrivent à Bichat.

Tous ces malades ont été opérés aussitôt après leur entrée. En parcourant les observations, je vois que l'intervention eut lieu (lorsque le temps y est indiqué) une demi-heure, trois quarts d'heure, un heure un quart après. Ce qui réduit considérablement les chances d'infection généralisée du péritoine.

L'un de ces malades mourut cependant malgré la rapidité de l'intervention, mais son accident remontait déjà à plus de quarante-huit heures et le ventre était rempli de pus fétide et de fausses membranes.

Un autre succomba à des phénomènes infectieux pleuro-pulmonaires consécutifs à une plaie de l'abdomen, par coup de couteau qui avait en même temps perforé le diaphragme et infecté la cavité pleurale.

Le dernier enfin, opéré par l'un de mes internes, succomba à une péritonite généralisée qui suivit une triple perforation de l'estomac.

Tous les autres ont guéri, malgré la gravité de leurs blessures dans certains cas.

Malade *a*). — Neuf plaies de l'intestin grêle, deux plaies du mésentère, dont l'une intéressait un des gros vaisseaux. Ventre rempli de sang et de liquide intestinal.

Malade *b*). — Contusion de l'abdomen. Déchirure de l'intestin grêle. Grande quantité de liquide verdâtre dans l'abdomen. Toilette du péritoine. Drainage.

Malade *c*). — Contusion de l'abdomen. Hémorragie intense. Déchirure de la rate en deux endroits Splénectomie.

Malade *d*). — Coup de couteau de l'abdomen. Perforation au voisinage de l'angle duodéno-jéjunal. Hémorragie abondante dans l'abdomen. Matières intestinales. Drainage.

Je pourrais vous citer encore six autres observations de perforations ou contusions de l'abdomen qui présentaient des lésions profondes plus ou moins graves et qui se sont également toutes terminées par la guérison.

Ce qui fait en résumé, dans l'espace de quinze mois, 13 cas dont 10 guérisons et 3 morts facilement explicables, pour ne pas dire inévitables, étant donné l'état des malades au moment de l'intervention.

Statistique. — 13 opérations; 3 morts.

a) *Décès.* — 1° Déchirure intestinale. Opérée quarante-huit heures au moins après en pleine péritonite.

2° Plaie pleuro-péritonéale. Plaie du diaphragme, pas de plaie viscérale. Broncho-pneumonie.

3° Trois plaies d'estomac par coup de couteau. Péritonite généralisée.

b) *Guérisons.* — 1° Neuf plaies intestinales. Deux du mésentère. Sutures à deux plans. Drainage (coup de feu).

2° Perforation d'intestin. Suture à deux plans. Drainage. (Coup de couteau).

3° Contusion abdominale. Déchirure d'une anse grêle. Suture à deux plans. Drainage.

4° Contusion d'abdomen. Deux déchirures de la rate. Splénectomie.

5° Plaie non perforante par coup de feu. Débridement.

6° Plaie perforante par coup de couteau. Plaie incomplète de l'intestin.

7° Plaie non perforante par coup de feu.

8° Contusion superficielle, sans contusion viscérale.

9° Double plaie par coup de couteau. Sans plaie viscérale.

10° Plaie non perforante par coup de feu. Plaie du cuir chevelu.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Pieri de son observation et de la déposer dans les archives.

M. Chaput. — J'ai soigné il y a quelques semaines un homme de quarante-cinq ans, qui avait reçu à deux heures du matin un coup de feu à l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane. Il présentait, à la visite du matin, de la contracture de l'abdomen, mais sans température et avec un bon pouls.

Je fis une petite incision médiane qui me conduisit sur un épanchement séro-sanguinolent très noir de plusieurs centaines de grammes. Je dévidai l'intestin grêle sur toute sa longueur, et je trouvai quinze perforations sur l'intestin, et trois du mésentère. Les plaies de l'intestin mesuraient 4 millimètres de largeur en moyenne, plusieurs étaient à peu près invisibles; je les découvris en constatant l'écoulement du liquide, ou à l'aide de la sonde cannelée.

Deux anses présentaient trois perforations sur le même plan perpendiculaire au grand axe. Trois perforations siégeaient au bord mésentérique.

Je suturai toutes les perforations avec un seul étage de suture en bourse à la soie, même pour les perforations mésentériques, même pour les perforations confluentes.

Je terminai l'opération en drainant par le rectum et par la paroi antérieure.

Le malade alla très bien tout d'abord, mais au bout de quelques jours, il s'avisa de se lever la nuit à plusieurs reprises, et contracta une congestion pulmonaire très grave, il était, d'ailleurs, très alcoolique. Il rompit, en outre, sa suture de la paroi, hernia son intestin, et ouvrit une des plaies intestinales d'une anse herniée. Je dus le réopérer d'urgence, et refermer la plaie intestinale et la paroi avec drainage.

Je constatai à cette occasion l'intégrité du péritoine. Le blessé mourut le lendemain de sa congestion pulmonaire. Il avait survécu vingt jours.

Il est intéressant de noter que ce malade a pu être guéri chirurgicalement de ses plaies intestinales.

Mon opération a pu, grâce à une technique simplifiée, être menée à bien en trois quarts d'heure, tandis qu'il m'aurait fallu plusieurs heures si j'avais voulu faire plusieurs résections avec des sutures en bourse à deux étages.

M. Pierre Delbet. — M. Picqué a lu son rapport avec une telle modestie que nous avons mal entendu ses chiffres. Il me semble cependant qu'il a donné une statistique admirable. Si j'ai bien saisi, il a rapporté treize cas de laparotomies pour plaies de l'intestin avec dix guérisons. Ces chiffres méritent que nous nous y arrêtions.

M. P. Michaux. — J'ai suivi avec beaucoup d'intérêt, comme mon collègue M. Delbet, la très intéressante statistique de M. Picqué, et je demande la permission de faire remarquer que les cas cités par M. Picqué ne sont pas tous également graves.

Il y a deux catégories de faits dans cette statistique : les uns représentant les lésions graves ont donné une mortalité de moitié, soit trois cas sur six. Les autres sont pour la plupart des faits de lésions incomplètes de l'intestin, de plaies pénétrantes abdominales sans lésions viscérales, et ce sont ces cas qui ont donné le pourcentage considérable des guérisons.

M. Picqué. — Ma statistique comprend, en effet, tous les cas d'intervention. J'estime, en effet, que la chirurgie d'urgence pour tous les traumatismes graves de l'abdomen doit être une chirurgie prophylactique et dans tous ces cas, j'interviens sans

attendre l'apparition des accidents, parce que je reste persuadé que, dans un service bien organisé, une incision exploratrice de l'abdomen ne doit entraîner aucun accident.

Dans ces conditions, j'ai mis en série, à côté de cas où il existait des lésions graves et multiples de l'intestin, d'autres dans lesquels je n'ai trouvé aucune lésion.

Communications.

Des conditions de l'hydronéphrose. — La pathogénie de l'hydronéphrose. — Hydronéphrose intermittente partielle,

par M. BAZY.

Les conditions de la production de l'hydronéphrose sont excessivement variables. Je me suis efforcé de vous démontrer que la variété dite hydronéphrose intermittente reconnaissait pour cause une malformation congénitale *extra-rénale* du bassinet, compliquée ou non d'un rétrécissement de l'orifice supérieur de l'uretère, et que cette hydronéphrose intermittente ne relevait ni du rein mobile, ni de la présence d'un vaisseau dit anormal, sur lequel un uretère chevauchant viendrait s'aplatir, effacer sa lumière, d'où une stase en amont.

D'autres hydronéphroses sont dues à des lésions plus bas situées sur l'uretère — rétrécissements inflammatoires pariétaux ou extra-pariétaux — compressions pour tumeurs, etc.

L'hydronéphrose dont je vais vous représenter la reproduction au moyen d'un dessin fort bien fait, dû à un de nos externes. Déséglise, me paraît appartenir à la catégorie des hydronéphroses par malformation congénitale *intra-rénale* du bassinet. Ici il ne s'agit pas, en effet, de ces grosses tumeurs de l'hydronéphrose intermittente, de ces bassinets que j'ai dénommés extérieurs et horizontaux.

La lésion est intra-rénale et on peut dire que c'est plutôt la mauvaise conformation des calices qui a paru être la condition de l'hydronéphrose. En voyant la pièce, on comprendra mieux.

Tout d'abord je vais résumer l'observation :

Mlle C. de B... est âgée de quarante-cinq ans : elle a eu toujours une très bonne santé. Elle vient me voir le 1er avril 1905.

En 1887, elle reçoit sur le flanc gauche un coup assez violent

qui est suivi d'une douleur ressemblant à un point de côté et qui dure deux mois environ.

Depuis ce moment elle a de temps en temps des crises douloureuses de ce côté. Toutefois pendant le commencement de l'année 1888, elle a un peu d'apaisement.

Cependant vers le milieu de l'année 1888, après une promenade à cheval, elle a une violente douleur du côté gauche accompagnée de vomissements.

En 1892, elle consulte, à Montpellier, le professeur Grasset pour une crise douloureuse qui se termine par l'émission d'une urine abondante.

On l'envoie après cela, à Divonne. L'accès paraît avoir été considéré comme nerveux : on ne devait donc pas sentir de tumeur.

Il y a neuf ou dix ans du pus aurait apparu dans l'urine, et cette urine aurait eu une odeur fétide de 1898 à 1902.

En 1900, à la suite d'une chute dans un escalier, elle aurait eu de l'urine sanglante pendant quarante-deux jours.

En 1903 et 1904, on aurait remarqué du pus dans l'urine, mais il n'y a pas eu de véritables crises douloureuses.

A la fin d'octobre 1904, le pus a augmenté dans l'urine.

Le 3 février 1905, elle aurait eu une débâcle de sable urique, sans douleur d'aucune sorte ni avant, ni pendant.

Depuis un mois, elle a quelques douleurs dans l'urètre.

Elle urine d'une manière tout à fait irrégulière, toutes les deux, trois, quatre heures le jour; elle urine deux ou trois fois la nuit.

L'urine est plus abondante la nuit que le jour.

Depuis octobre 1904, elle a perdu l'appétit, a des nausées; elle a maigri de 7 kilogrammes; elle a le teint jaune, elle se fatigue facilement, elle a tout à fait l'aspect d'une infectée.

En février dernier, elle a une dernière crise douloureuse.

Quand je l'examine, je trouve dans le flanc gauche une tumeur que la malade connaît bien du reste, et qui s'étend des fausses côtes à la fosse iliaque et en dedans atteint l'ombilic; en arrière, elle occupe manifestement la fosse lombaire.

En somme, dans le passé de cette malade, on observe une série de crises douloureuses revenant à intervalles plus ou moins grands, et qui rappellent tout à fait les crises de l'hydronéphrose intermittente; puis sont venus les incidents locaux et généraux, qui ont montré que cette hydronéphrose était infectée.

Je fais l'épreuve du bleu de méthylène qui donne un résultat positif dans le premier verre, c'est-à-dire, à la première demi-heure, l'urine est bleu un peu pâle.

La séparation, faite avec l'instrument de Luys, donne une urine claire à droite, purulente à gauche.

L'analyse chimique, faite par mon chef de laboratoire Dr Laubry, donne les résultats suivants (1) :

	REIN DROIT (sain).	REIN GAUCHE (malade).
Volume par 20 minutes	34cc	26cc
Phosphate par litre	1,05	0,60
Chlorure par litre	2,50	2,50
Urée par litre	5,12	2,04

Ce qui fait pour les vingt-quatre heures :

Volume	2448cc	1872cc
Phosphate	2,57	1,123
Chlorure	7,11	4,68
Uurée	12,13	3,18

L'état général étant très précaire et la tumeur étant très volumineuse, je crois prudent de me borner à une néphrotomie que je fais le 28 avril dernier.

Incision habituelle légèrement oblique.

La capsule cellulo-adipeuse du rein n'est pas épaissie en haut; elle l'est en bas; en haut, le rein paraît sain; en bas, il est blanchâtre; on dirait qu'il y a deux reins. Je ponctionne le point où la surface est blanchâtre, où la capsule cellulo-adipeuse est épaissie et adhérente, et où la substance rénale paraît très animée. Il sort un liquide assez épais, blanchâtre, à reflets légèrement verts.

La quantité n'est pas mesurée; je l'évalue à 7 ou 800 grammes, les sœurs assistantes à 1 litre.

J'agrandis l'orifice de la ponction pour laisser passer le doigt qui explore cette grande cavité, où je reconnais une grande cavité avec des calices dilatés.

Je mets un tube n° 45 et je serre le rein autour de lui par deux points de suture.

Je résèque un peu de la capsule adipeuse. Drain sous-musculaire de sûreté, suture en deux plans.

Le tube plonge dans un bocal destiné à recueillir l'urine.

Grâce à cet artifice, la malade n'est pas mouillée et ne le sera jamais.

Les suites ont été parfaites.

Par le tube se sont écoulées des quantités de liquide variant de 900 et même 1.100 à 350 et 275 grammes.

(1) Je fais remarquer que je ne donne ces résultats d'analyse qu'à titre documentaire, estimant n'être en droit d'en retirer que des indications secondaires.

La cavité de l'hydronéphrose s'est réduite jusqu'à ne contenir que 60 grammes.

Quinze jours ne s'étaient pas écoulés que la malade n'avait plus le teint jaunâtre qu'elle avait avant l'opération, et commençait à se colorer et à reprendre de l'embonpoint.

Elle a pu, pendant six mois, grâce à une sonde mise à demeure, et à un petit récipient pendu à sa ceinture, mener la vie habituelle, et dès qu'il lui a été démontré qu'elle ne pouvait guérir, elle a accepté la néphrectomie que je lui ai pratiquée le 18 décembre dernier et dont elle est guérie actuellement.

Cette néphrectomie n'a offert qu'un particularité intéressante, c'est la différence considérable qui existait entre la partie supérieure et la partie inférieure du rein.

Tandis que dans sa partie supérieure le rein paraissait absolument sain, dans plus de sa moitié inférieure, là où était l'orifice par lequel passait la sonde, il était manifestement malade et comme ces deux parties étaient augmentées de volume, surtout la partie malade, je me suis demandé si les deux reins n'étaient pas fusionnés, et j'ai cherché s'il ne partait pas un uretère de cette partie inférieure. Or, j'ai trouvé une espèce de cordon gros blanchâtre qui ressemblait à un canal partant de cette partie manifestement malade du rein — mais j'ai vu bientôt que c'était du tissu conjonctif épaissi, sans lumière à l'intérieur; j'ai eu la confirmation dans ce fait que l'uretère qui partait de l'extrémité supérieure de la partie paraissant saine était lui-même légèrement épaissi et induré, et un rein malade n'eût pas laissé passer le bleu de méthylène si facilement et n'eut pas donné une urine claire.

Voici le dessin de ce rein ou plutôt d'une moitié (la moitié antérieure) de ce rein, car il a été coupé dans le sens du grand diamètre du bord externe vers le hile.

Comme on le voit, la partie supérieure seule nous offre une certaine épaisseur de substance rénale dans laquelle on distingue très nettement la substance corticale et la substance médullaire. Ce tissu rénal coiffe une cavité dans laquelle aboutit l'uretère. La partie inférieure au contraire qui occupe les 2/3 de la hauteur de ce rein est constituée par une grande poche dont les parois sont très amincies et comme membraniformes. Sur les parois de cette poche on distingue des orifices de forme à peu près circulaire aboutissant dans des cavités qui constituent des calices dilatés; autour de ces calices existait une certaine épaisseur de substance rénale qu'on ne voit pas représentée sur le dessin.

Cette cavité inférieure était celle qui était drainée par la sonde qui recueillait l'urine. L'atrophie visible de la substance rénale expliquait très bien la pauvreté du liquide qui en coulait.

Ces deux cavités sont séparées par une large cloison et elles ne communiquent qu'au voisinage du bord convexe du rein par un orifice relativement étroit.

A considérer la pièce on peut dire que seule la partie inférieure du rein était malade, l'autre l'était très peu.

Le dessin représente le rein enlevé a peu près grandeur nature, un peu plus petit, à cause du ratatinement que lui a fait subir le liquide conservateur.

Il mesure 12 centimètres de long et 7 centimètres de large. Quand on le compare en dimension avec celles qu'on avait pu constater avant l'opération et pendant la néphrotomie et d'après la quantité de liquide écoulé par la ponction, on peut se rendre du retrait qu'a subi la poche. C'est du reste un fait bien connu et j'y insiste : on voit du reste la poche se réduire sous les yeux pendant l'opération.

On peut donc dire ici qu'il s'agissait d'une hydronéphrose partielle du rein, et cette hydronéphrose c'est comportée comme un hydronéphrose intermittente type, une de ces hydronéphroses développées aux dépens du bassinet et qu'on devrait pour cette raison appeler plutôt une hydropyélose ou hydropyélonéphrose.

Cette observation m'a permis de voir le peu d'importance qu'il convenait d'attacher à l'examen chimique de l'urine. Je vois que le rein droit (sain) ne sécrétait que 12 grammes d'urée par vingt-quatre heures.

Il m'a permis en même temps de contrôler la valeur de ce signe nouveau donné par notre collègue Albarran comme ayant une grande importance dans la détermination de la valeur fonctionnelle du rein, je veux parler de la *polyurie expérimentale*.

En effet, cette malade, à partir du mois de juin, s'est mise à boire tous les matins une bouteille d'eau d'Evian, buvant aux repas et dans la journée la même quantité de liquide, faisant les mêmes exercices, très méticuleuse en tout, je puis le dire. Or, d'après les tableaux que j'ai ici sous les yeux, je vois que la quantité d'urine expulsée par la vessie est très variable. Elle varie suivant les jours de 2200 à 2500 centimètres cubes à 1250 et 1300. La quantité n'est jamais la même : c'est ce qui justifie mon scepticisme à l'égard de ce nouveau moyen de juger de la valeur fonctionnelle du rein.

Je vous apporterai dans une prochaine séance un rein malade provenant d'une femme que j'ai opérée dans mon service pour anurie et à qui j'ai fait la néphrotomie. Or, cette malade a uriné dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'ouverture de son

rein, 4500 centimètres cubes d'urine. Voilà la polyurie, et cependant son rein était malade.

En réalité, il n'y a que les reins bien malades qui n'obéissent pas à l'incitation d'un diurétique.

Je me suis élevé avec force, il y a longtemps, contre cette prétention de mesurer la valeur fonctionnelle d'un rein par l'analyse chimique de l'urine excrétée par ce rein, et surtout d'une urine excrétée pendant quelques heures.

Je vois avec plaisir que notre collègue *n'attache plus* qu'une importance secondaire à cette analyse.

En effet, page 27, de son livre : *Exploration des fonctions rénales*, je lis :

« En résumé, tout en sachant que l'analyse chimique des urines ne peut à elle seule nous renseigner sur le fonctionnement plus ou moins normal des reins, nous devons reconnaître que ce mode d'exploration peut nous fournir des indications importantes sur la fonction rénale. »

« Page 42, les quelques détails que nous avons donnés de l'analyse chimique des urines montrent bien que les modifications des différents produits éliminés, dues aux lésions rénales, présentent une réelle importance, mais que, d'un autre côté, des modifications aussi accentuées peuvent être observées dans différentes conditions lorsque les reins sont sains. »

Il résulte de ces faits que l'analyse chimique des urines émises pendant vingt-quatre heures ne saurait nous renseigner que très imparfaitement sur le fonctionnement des reins et qu'il faut à ce point de vue tenir compte de toutes les causes extra-rénales qui peuvent modifier la composition chimique de l'urine.

Plus tard, c'est la cryoscopie qui devait nous donner la solution. Or, je vois, d'après son rapport au Congrès de la Société internationale de chirurgie de Bruxelles, que la cryoscopie n'a plus ses faveurs. Il ne l'accorde plus qu'à la polyurie expérimentale. Or, j'ai pu, il y a trois ans, grâce à l'obligeance de M. Leclerc, pharmacien, comparer les densités, volumes, principes extractifs et point Δ de plus de 100 urines et dresser ainsi des courbes de densité, d'urée, acide urique, phosphates, chlorures, point cryoscopique, et j'ai pu voir que la courbe qui était le plus parallèle à la courbe du point cryoscopique était la courbe de la densité. Je voulais même, à ce moment, vous apporter ces tableaux, mais j'ai craint de vous distraire de vos travaux habituels.

Le diagnostic de la valeur fonctionnelle des reins se fait d'après un grand nombre de conditions dont l'élimination du bleu de méthylène est, à mon avis, une des plus importantes.

Mais je pourrais citer tel de ses malades auquel il a enlevé un

rein tuberculeux. Et ce rein excrétait plus d'eau et d'urée que le rein sain qu'il a enlevé. En outre vous voyez quand on prend, comme je l'ai fait, les courbes quotidiennes des urines chez un malade soumis tous les jours au même régime, aux mêmes conditions diététiques et autres, combien les quantités d'eau peuvent varier d'un jour à l'autre.

C'est l'un des enseignements que je veux tirer de ce cas. L'étude de la valeur fonctionnelle des reins est plus complexe que l'on n'a cru et sa connaissance résulte de l'étude d'une foule de conditions dont celles que je viens d'énumérer font partie, sans compter l'étude de l'élimination des substances étrangères à l'organisme, que l'on demande au rein d'éliminer.

Hydronéphrose partielle du rein gauche ayant donné lieu à de graves hématuries. — Néphrectomie partielle. — Guérison,

par M. LE DENTU.

J'ai donné des soins dans le courant de l'année dernière à une jeune femme qui m'avait été adressée à l'Hôtel-Dieu pour des hématuries très graves qui l'avaient jetée dans un état d'anémie inquiétant. Vu l'absence des signes ordinaires de la lithiase rénale je diagnostiquai, sauf réserves, une néphrite chronique. Sans doute, il y avait lieu de se méfier d'une néphrite tuberculeuse ou d'un néoplasme, mais le premier diagnostic me paraissait plus probable. Le rein gauche s'était un peu abaissé. L'examen cystoscopique confirma le diagnostic du siège de la lésion.

L'intervention étant très indiquée, j'y procédai après quelques jours d'observation et de soins préparatoires donnés à la malade. Une fois le rein mis à nu, je reconnus que sa partie supérieure logée sous le diaphragme avait un volume exagéré et présentait plusieurs bosselures. Je fendis le rein jusqu'au bassinet inclusivement et je reconnus que les bosselures correspondaient à des dilatations multiples en partie indépendantes les unes des autres et qui ne semblaient pas communiquer avec le bassinet. En tout cas, si la communication existait, je n'ai pas pu la découvrir. Les poches contenaient un liquide séreux louche mais non purulent.

Il s'agissait donc d'une *hydronéphrose partielle* développée dans le tiers supérieur du rein. Je n'ai malheureusement pas pu établir d'une façon précise la pathogénie de ce cas très spécial. Le reste du rein offrait l'aspect des reins atteints de néphrite chronique diffuse.

J'ai réséqué toute la partie de l'organe développée en poches

multiples, en respectant le bassinet, et j'ai fait la suture totale du moignon rénal.

La suture n'ayant tenu qu'en partie, l'urine a coulé pendant quelque temps, trois ou quatre mois, par la fistule qui s'était développée. Je suis venu à bout de cette dernière par l'introduction de quelques crayons à l'iodoforme, puis par la dilatation à la laminaire suivie du curage du trajet. La guérison s'est parfaitement maintenue depuis lors.

Cancer du rein.

par M. L.-G. RICHELOT.

Au mois de décembre dernier, vint à l'hôpital Cochin une femme de soixante ans, Mme L..., qui portait une tumeur abdominale. Elle avait bonne apparence; cœur, poumons, utérus et annexes, appareil digestif, tout semblait en bon état. Elle avait eu quatre enfants ; la ménopause remontait à huit ans; elle ne se rappelait aucune maladie sérieuse et venait nous consulter pour de vives douleurs dans le côté gauche du ventre. La tumeur occupait, en effet, cette région, et au premier aspect elle pouvait passer pour un kyste ovarique à long pédicule; mais sa consistance ferme aurait fait penser plutôt à une tumeur solide de l'ovaire. Puis il me sembla qu'elle se prolongeait dans la région lombaire ; mais comment croire à une tumeur du rein aussi volumineuse et en même temps très mobile, très nettement circonscrite et donnant l'idée d'une production bénigne? Un rein polykystique? Il ne faut pas songer trop vite aux raretés; et pourquoi si douloureux? Un cancer du rein? Le hasard ne m'a fait voir jusqu'ici que des cancers adhérents, dont l'extirpation fut laborieuse et suivie d'insuccès immédiat ou peu éloigné; j'hésitais donc à faire le diagnostic d'un cancer du rein ayant acquis le volume des deux poings, encore parfaitement encapsulé et n'ayant amené aucun trouble de la santé, aucun amaigrissement. Mais un symptôme m'y conduisit forcément : la malade avait eu des hématuries trois ans auparavant, puis en novembre dernier, puis au moment de son entrée à l'hôpital. Aucune autre source d'hématurie n'existant, j'admis la tumeur maligne avec une certaine réserve et procédai à l'opération le 12 décembre 1905.

Je tombai sur le rein, énorme et soulevant le gros intestin. J'arrivai facilement jusqu'à lui, j'ouvris sans peine sa capsule, je reconnus son tissu dont la surface était normale, et je com-

mençai l'énucléation, qui fut simple. Il me suffit de procéder doucement pour isoler l'organe sans déchirures, sans perte de sang, jusqu'au hile. Le bassinet était gros, parenchymateux; je saisis à côté de lui vaisseaux et uretère, et j'enlevai la masse. Puis l'opération fut terminée en fixant la capsule à la paroi abdominale et laissant un gros drain dans cette cavité profonde. Les suites furent des plus simples, et la malade se porte aujourd'hui le mieux du monde.

Tel est le fait clinique, qui a pu m'intéresser comme opérateur, mais qui n'a rien de bien nouveau et dont je ne vous aurais pas entretenu, s'il n'empruntait un intérêt particulier à l'examen histologique de M. Cornil et à la note qu'il a bien voulu me remettre.

Vous verrez dans cette note que l'histoire de cette tumeur est plus intéressante que celle de la malade ; c'est même là, paraît-il, un cas exceptionnel. Le cancer du rein, dans sa forme commune, est un « cancer à cellules claires », développé dans le tissu même du rein, substance corticale ou substance tubuleuse. Celui-ci, au contraire, est une grosse masse bourgeonnante qui végète à la surface du bassinet et qui, née de sa région externe, le dilate, le comble en partie, et pousse un prolongement jusque dans l'uretère. Les bourgeons sont formés de travées cellulo-vasculaires sur lesquelles s'implantent des couches de cellules vivantes et en prolifération, d'abord allongées, cylindriques, puis polyédriques ou arrondies ; à la surface des bourgeons est un magma de cellules infiltrées de graisse et en pleine dégénérescence. M. Cornil ne connaît pas d'autre exemple identique à celui-ci ; dans un cas de Letulle et un autre de Lecène, il s'agissait bien d'un épithéliome végétant des calices et du bassinet, mais la constitution des bourgeons n'était pas la même : les cellules étaient plus nettement pavimenteuses, avec des ébauches de globes épidermiques.

Autre point : M. Cornil ne pense pas qu'on puisse invoquer la dégénérescence graisseuse des cellules pour admettre que l'épithéliome s'est développé aux dépens d'une inclusion de tissu surrénal aberrant. Cette origine de certains cancers du rein intéresse vivement les histologistes, et on pouvait y penser dans le cas présent. Mais ce n'est pas la dégénérescence, dit M. Cornil, qui doit servir à déterminer une tumeur, — car cette mortification des cellules est la même dans tous les cancers, — c'est la forme de son tissu vivant. Or rien, dans la forme que nous avons sous les yeux, ne semble autoriser un rapprochement de ce genre. Je vous donne là l'opinion du maître autorisé, et je me garde bien d'y ajouter de mon cru.

Une dernière remarque : partout la substance corticale du rein est conservée autour de la tumeur. Elle est profondément altérée par la néphrite interstitielle, mais nulle part elle n'est traversée et détruite jusqu'à la capsule fibreuse. D'autre part, le bourgeon qui, prolongeant la masse néoplasique, entre dans l'uretère, s'y termine par une extrémité mousse et le remplit sans envahir sa paroi. Donc, la tumeur est partout bien circonscrite, sans adhérences ni infiltration dans les tissus voisins, et j'ai pu dépasser largement ses limites. Cette disposition nous rend compte, sans nul doute, de la conservation de la santé chez cette femme de soixante ans ; faut-il ajouter qu'elle nous présage, sinon l'absence de récidive, tout au moins une longue survie ? Je l'espère, sans trop oser le croire.

NOTE ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE, par M. CORNIL.

Ce rein très volumineux mesure 18 centimètres en longueur ; il est un peu aplati ; son diamètre transversal est de 12 centimètres. Il est partout recouvert de sa capsule fibreuse. Son pôle supérieur est plus petit que l'inférieur. C'est à sa partie supérieure que se trouve une portion normale du rein. Sur une coupe, en effet, on voit au pôle supérieur un tiers environ de l'organe qui présente ses caractères normaux (voyez la fig. 1), sa substance corticale, un cône de Malpighi et un calice extrêmement dilaté en large communication avec le bassinet.

La périphérie de la pièce, sous la capsule fibreuse, présente partout de la substance corticale du rein, très mince par places, assez épaisse dans d'autres endroits.

Le tissu néoplasique qui occupe presque toute la tumeur forme de grosses masses lobulées, molles, blanc jaunâtre, qui sont très friables et se délitent sous un courant d'eau. Ce dernier entraîne des fragments et grumeaux qui sont blanchâtres et constitués surtout par des détritus de cellules mortifiées et granulo-graisseuses.

Ce tissu néoplasique adhère à la coque périphérique formée par la substance corticale du rein ; mais il est libre dans la cavité dilatée du bassinet. Celui-ci est donc en partie rempli par les grosses masses néoplasiques qui émettent un bourgeon de la grosseur d'un crayon qui entre dans l'uretère et se moule sur lui sans lui adhérer. Ce bourgeon intra-urétérin se termine par une extrémité mousse. Sur une coupe il est formé d'un tissu homogène, plein, sans cavités, semi-transparent et blanchâtre (voyez fig. 1). Par places la muqueuse de l'uretère, là où elle est libre, présente un épaississement notable et une surface villeuse.

1° Nous avons fait une première série de coupes comprenant la partie superficielle du rein et le néoplasme y attenant, qui faisait partie de la tumeur occupant la cavité très distendue du bassinet.

La partie du rein située sous la capsule, qui a environ 1 centi-

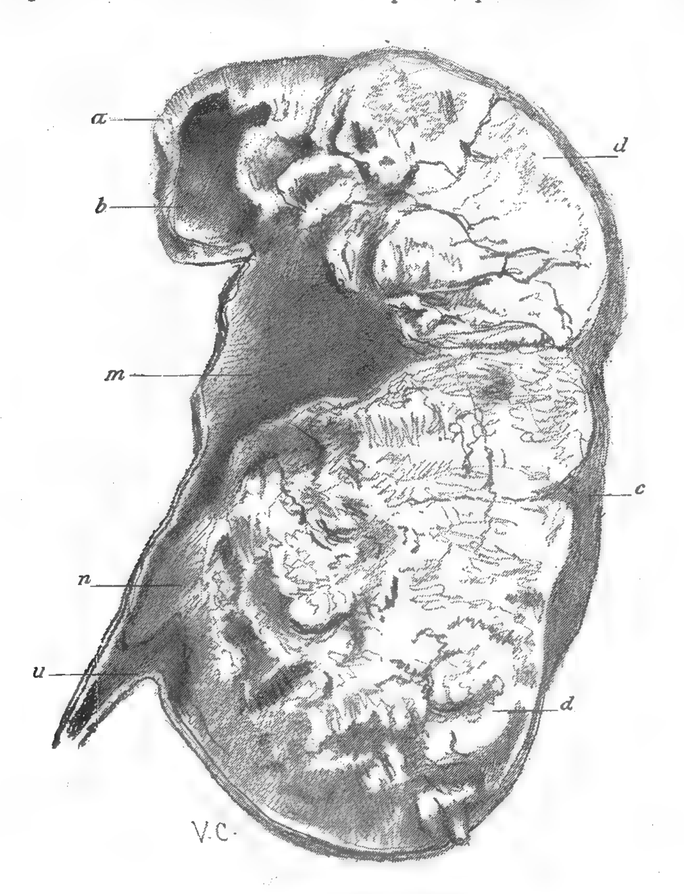


Fig. 1. — Ensemble du rein.

a, partie normale du rein; *b*, cavité d'un calice communiquant avec le bassinet *m*; surface du rein normale; *d*, tumeur avec un prolongement *n* entrant dans l'uretère *u*.

mètre et demi d'épaisseur, est très congestionnée, avec des îlots sanguinolents très apparents à l'œil nu, semblables à des ecchymoses.

A l'examen des préparations, la substance rénale est très altérée. On y trouve surtout une grande quantité de tissu conjonctif, une néphrite interstitielle telle que les éléments propres du rein sont écartés les uns des autres par de larges bandes conjonctives très

riches en cellules de ce tissu, contenant par places des îlots de leucocytes mono et polynucléaires, et des globules rouges en assez grande quantité. Les vaisseaux sanguins sont dilatés et pleins de sang. Les tubes urinifères de cette substance corticale ont tantôt leur volume à peu près normal, avec une seule couche de cellules typiques bien conservées et une lumière contenant de l'urine ou des coagula muqueux. Tantôt ces tubes sont dilatés tout en conservant leur épithélium, qui forme une couche ininterrompue de

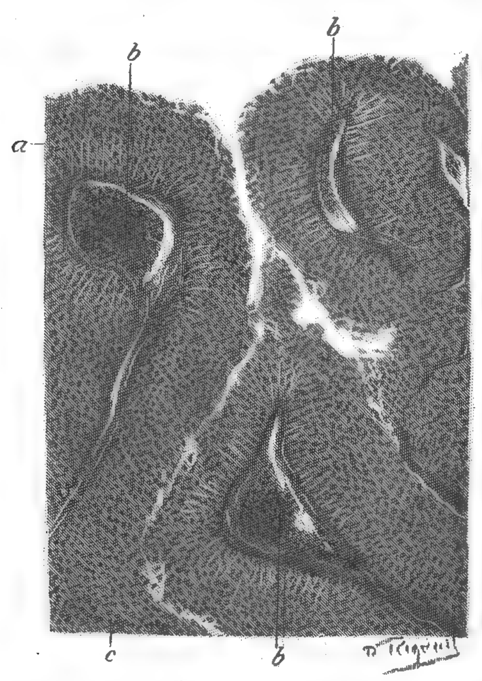


Fig. 2. — Extrémités de trois bourgeons à un grossissement de 100 diamètres.

a, bourgeons contenant à leur centre des vaisseaux capillaires très dilatés *b*, *b*, *b*; *c*, couches épithéliales.

grandes cellules cylindro-coniques. Cet épithélium s'est donc multiplié pour suivre et recouvrir la surface interne de ces dilatations kystiques. Et de fait nous avons vu plusieurs fois la division mytosique des noyaux cellulaires. La cavité de ces tubes transformés en kystes est le plus ordinairement remplie de sang dont les globules sont bien conservés; parfois aussi leur lumière contient des coagulations colloïdes renfermant des cellules, des leucocytes et des hématies. Toujours ces tubes urinifères sont entourés d'un tissu conjonctif épais. Les glomérules ne sont pas

moins malades ; toutes les formes de la glomérulite fibreuse, depuis l'épaississement parfois énorme de la capsule de Bowmann jusqu'à la transformation du bouquet vasculaire en un bouton fibreux, s'y rencontrent.

Nous y avons vu aussi la multiplication très intense des cellules conjonctives intervasculaires, avec hypertrophie du bouquet glomérulaire, et l'épanchement d'un mucus coagulé abondant entre le glomérule et sa capsule.

Cette portion chroniquement enflammée du rein se continue sans interruption par son tissu conjonctif avec le néoplasme qui bourgeonne du côté du bassinet. Le tissu fibreux inflammatoire donne les travées vascularisées qui constituent le centre de ces bourgeons.

Ce néoplasme exubérant est formé, en effet, de filaments minces de tissu conjonctif contenant des capillaires et recouverts de couches épaisses de cellules. Celles-ci, au contact des travées fibreuses où elles s'implantent, sont allongées, munies de gros noyaux ovoïdes, pressées latéralement les unes contre les autres, avec un protoplasma peu abondant, et elles forment cinq ou six rangées superposées de cellules polyédriques, parfois un bien plus grand nombre de couches rangées les unes au-dessus des autres.

Ces cellules n'offrent ni le type des cellules cylindriques ni celui des cellules sarcomateuses, bien qu'elles se rapprochent un peu des premières. A la surface des bourgeons épithéliaux, elles deviennent libres et s'en détachent. On peut alors constater que leur protoplasme se gonfle et devient plus apparent et qu'elles prennent nettement la forme pavimenteuse ou arrondie. Ces cellules détachées en grand nombre, mortifiées, dont le noyau ne se colore plus, en dégénérescence graisseuse, s'agglomèrent en masses considérables, de telle sorte que les bourgeons de cellules vivantes et en prolifération plongent au milieu d'un magma de cellules désintégrées en pleine dégénérescence.

L'infiltration graisseuse débute par de très fines granulations dans le protoplasme des cellules superficielles des bourgeons épithéliaux, alors que les cellules sont parfaitement vivantes et en place. Nous nous en sommes assuré par la coloration des coupes avec le Scharlach et avec l'acide osmique. C'est assurément cette infiltration graisseuse qui détermine la mortification du noyau et la chute des cellules. Avec ces mêmes réactifs décelateurs de la graisse, nous avons vu la grande quantité de cette substance contenue dans le magma des cellules détruites. Là, en effet, on a une quantité de granulations et de boules de graisse volumineuses se touchant presque. Mais là aussi, il y a souvent des globules blancs

altérés, et par places un lacis de fibrine à fibrilles très minces. Nous reviendrons bientôt sur ce point.

2° Dans une seconde série de préparations d'un autre segment du rein, y compris le néoplasme lui attenant du côté du bassinet, nous avons constaté aussi les lésions du rein, la néphrite interstitielle excessive et portant sur tous les éléments propres de la

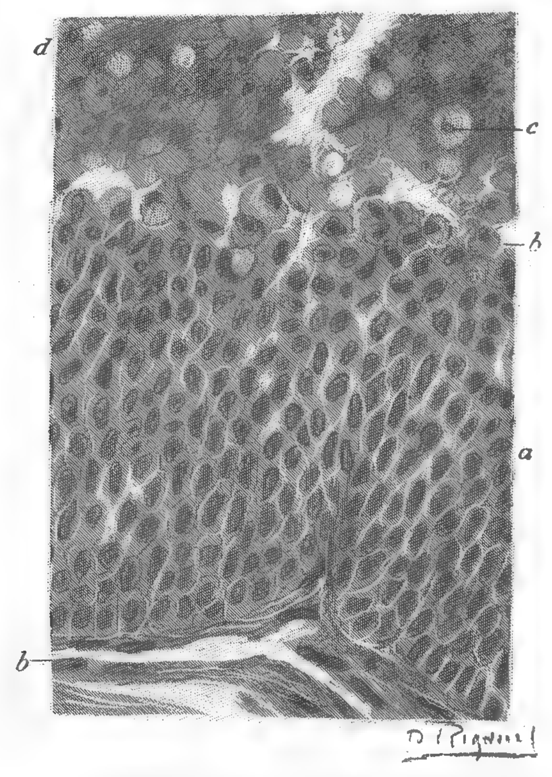


Fig. 3. — Extrémités de l'un des bourgeons à un grossissement de 300 diamètres.

a, couches de cellules polyédriques superposées; *b*, vaisseau capillaire et fibrilles conjonctives sur lesquelles s'implantent des cellules allongées, cylindriques; *c*, *d*, cellules mortifiées et graisseuses détachées à la surface des bourgeons.

glande. Nous avons vu en particulier des glomérules énormes, bourrés de petites cellules, qu'on aurait pris pour des foyers inflammatoires étendus si l'on n'avait pas observé une capsule de Bowmann à leur périphérie. Comme dans la série de préparations précédente, le tissu inflammatoire de la glande se continuait directement avec les bourgeons néoplasiques. Ces derniers étaient constitués de la façon décrite précédemment.

3° Nous avons dit que la grosse masse néoplasique adhérente à la partie conservée du rein remplissait le bassinet, et se prolongeait par une extrémité libre, grosse comme le bout du petit doigt, dans l'uretère, sans lui adhérer. Cette masse située dans le bassinet respectait la surface de la muqueuse de ce réservoir dans toute sa partie interne. Cependant, sur cette muqueuse restée libre, nous avons vu à l'œil nu un large épaississement, une plaque d'un centimètre et demi de diamètre environ. Nous avons fait des

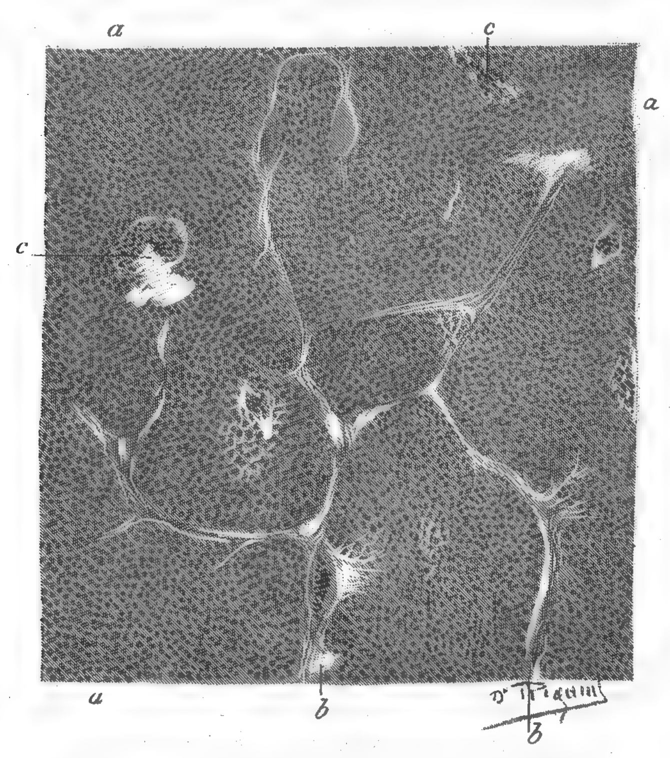


Fig. 4. — Coupe passant au milieu du tissu néoplasique.

a, îlots de cellules épithéliales; *b*, travées cellulo-vasculaires; *c*, *c*, amas de cellules dégénérées entre les bourgeons cellulaires. Grossissement de 120 diamètres.

préparations perpendiculaires à la surface de cette plaque. Elles nous ont montré, partant du tissu conjonctif de la muqueuse, des travées fibreuses minces, recouvertes de couches de cellules, bourgeons épithéliaux semblables à ceux que nous avons décrits plus haut. Il y avait là, cependant, quelques particularités à noter. Comme la lésion était récente, elle ne présentait pas de dégénérescence des cellules. Au contact des travées fibreuses et du tissu conjonctif de la muqueuse du bassinet, les cellules s'implantaient

perpendiculairement; elles étaient très longues et minces, avec des noyaux très allongés qui avaient une forme ovoïde et une si faible épaisseur qu'ils paraissaient très étroits lorsqu'on les voyait de profil. On aurait pu les prendre pour des cellules fusiformes sarcomateuses. Mais cependant, les limites de leur protoplasma étaient bien nettes, quoiqu'elles fussent très serrées les unes contre les autres. De plus, dans la série des cellules qui devenaient superficielles, au nombre de huit à douze couches superposées, les cellules devenaient moins longues et polyédriques, pavimenteuses tout à fait à la surface des bourgeons où elles devenaient libres.

Dans les points de la membrane du bassinet les moins atteints, il n'y avait qu'une couche de bourgeons, mais là où la lésion était plus avancée, s'élevaient des filaments vascularisés plus longs, qui dépassaient les bourgeons sessiles et se couvraient eux-mêmes de cellules épithéliales exubérantes.

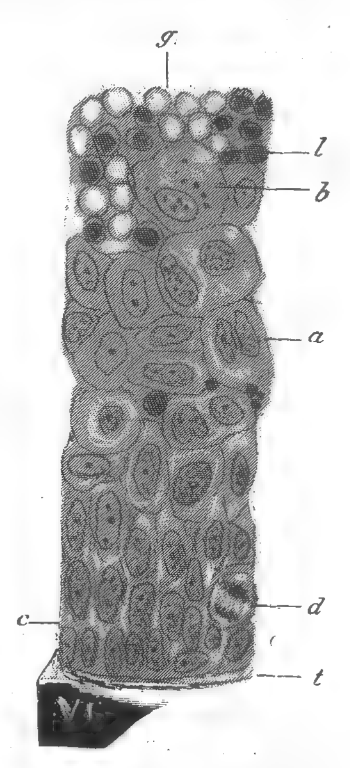


Fig. 5. — Les cellules épithéliales dessinées à 450 diamètres.

t, tissu conjonctif sur lequel s'implantent les cellules épithéliales qui sont d'abord allongées *c*; puis polyédriques, puis pavimenteuses *a*; enfin arrondies et graisseuses *b*; *d*, cellule en division indirecte; *g*, globules rouges; *l*, leucocytes.

4° J'ai fait des préparations sur un morceau du rein qui séparait deux cavités pleines de végétations et qui me semblaient être deux calices. La travée centrale, épaisse, se continuait avec la surface du rein; elle était surtout fibreuse et donnait naissance, de chaque côté, à des filaments grêles couverts de cellules épithéliales bourgeonnantes, semblables à celles que nous venons de décrire. Entre ces végétations formées de cellules vivantes, il y avait une masse molle, qui se détachait facilement dans l'eau ou les matières colorantes pendant les manipulations des coupes. Cette masse friable, abondante, était constituée par des cellules en dégénérescence, par des globules blancs mononucléaires et des hématies.

5° Un fragment de la tumeur pris dans un point en pleine activité, nous a fourni des coupes où les bourgeons étaient

presque au contact les uns des autres et coupés en travers. Les filaments fibreux minces, contenant des capillaires parfois très dilatés, constituaient un réseau à larges mailles et servaient d'implantation aux assises cellulaires. Les cellules insérées sur le tissu conjonctif de ces cloisons étaient d'abord très allongées, puis se rapprochaient de la forme pavimenteuse dans les couches superficielles. Les cellules nées ainsi de la périphérie fibreuse de l'une de ces grandes mailles, laissaient au milieu de celle-ci une cavité remplie de cellules dégénérées, de leucocytes mononucléaires et d'hématies. Ces derniers éléments venaient des vais-

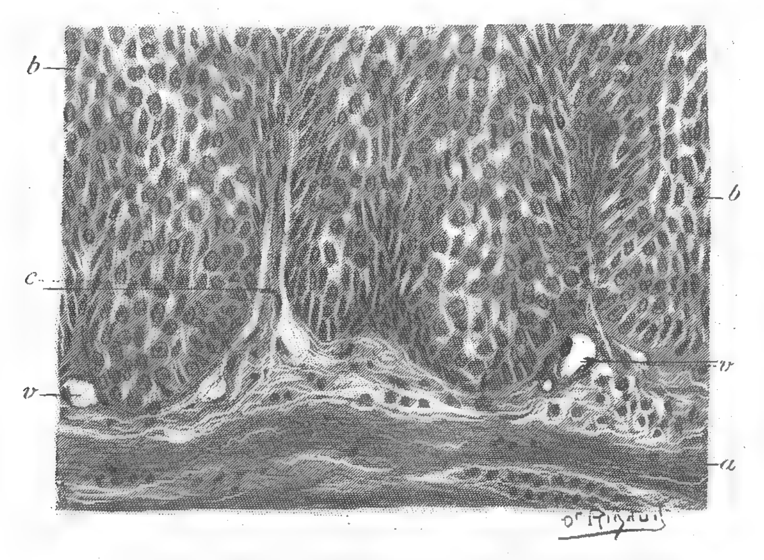


Fig. 6. — Bourgeons implantés sur la muqueuse du bassinet. Grossissement de 300 diamètres.

a, chorion muqueux du bassinet; *v*, *v*, vaisseaux qui en partent accompagnés de fibrilles conjonctives; *b*, *b*, couches superposées de cellules dont les plus rapprochées du bassinet sont très longues et deviennent progressivement pavimenteuses.

seaux, après avoir cheminé entre les cellules épithéliales. On trouvait en effet des leucocytes entre les éléments épithéliaux.

6° J'ai fait des préparations dans le tissu jaunâtre, le plus dégénéré de la tumeur. Sur les coupes obtenues, de la largeur d'un centimètre et demi, tout était mortifié, sauf un îlot de bourgeons coupés en travers, bordé à l'une de ses extrémités par des bourgeons coupés en long.

Ces bourgeons étaient semblables à ceux déjà décrits dans les alinéas 1, 3, 4 et 5.

Quant à ce qui touche la partie mortifiée, nous y avons ren-

contré partout un réseau de fibrilles de fibrine extrêmement minces qui englobait des hématies, des leucocytes, généralement mononucléaires, des cellules dont les noyaux ne se coloraient plus par les réactifs nucléaires et qui contenaient beaucoup de graisse.

Bien que, dans cette néoplasie, la dégénérescence graisseuse fût très accusée, au point de réduire en bouillie des cellules mortifiées pleines de granules graisseux de toute grosseur, nous ne croyons pas qu'on puisse incriminer là une inclusion du tissu de capsule surrénale aberrante comme son point de départ. Dans une tumeur, ce n'est pas la dégénérescence, la mortification des cellules, qui doit nous servir à la déterminer, puisqu'on observe ces lésions dans les cancers de n'importe quel organe; mais bien la forme des tissus pathologiques vivants, surtout à leur début. Or, il s'agit ici de bourgeons végétant à la surface des calices et du bassinet dans sa région externe, au-dessous du rein, formant là une tumeur énorme, en même temps que des végétations de même nature, de formation récente, se montraient dans la région externe de ce bassinet dilaté.

Je ne connais pas d'exemple de tumeur tout à fait semblable à celle-ci. Il y a bien des épithéliomes nés à la surface du bassinet, affectant la forme de végétations en choux-fleur, telle une observation de M. Letulle, présentée à la Société anatomique. M. Lecène, dans son savant mémoire inséré dans la clinique de Hartmann (1), rapporte dans son observation VIII un fait analogue d'épithéliome développé aux dépens des calices et du bassinet. Mais les cellules étaient plus nettement pavimenteuses, et présentaient même des ébauches de globes épidermiques. M. Lecène compare cette néoplasie aux cancers de la vessie. Dans notre observation, les cellules ne deviennent polyédriques que dans les couches superficielles des végétations. Elles s'y infiltrent de graisse et se mortifient, mêlées à des hématies, à des leucocytes et à de la fibrine.

M. Tuffier. — Si j'ai bien compris M. Richelot, il s'agissait, dans son observation, d'une tumeur épithéliale du bassinet, et à ce propos, il nous parle de la confusion possible de ces tumeurs avec les néoplasmes du rein, développés aux dépens des capsules surrénales, ceux que nous appelons des hypernéphromes. Or, il n'y a aucune corrélation entre ces deux sortes de lésions; les hypernéphromes simulant des tumeurs du parenchyme rénal se développent le plus souvent dans la couche corticale de la glande,

(1) *Travaux de chirurgie*, 2e série 1904.

et n'ont rien de commun avec les tumeurs du bassinet, et je ne sache pas qu'on ait jamais prétendu que les capsules surrénales soient pour quelque chose dans leur genèse.

M. Hartmann. — Je ne puis qu'appuyer ce qu'a dit M. Tuffier, les cancers du bassinet dont j'ai rapporté autrefois une observation, n'ont rien à voir avec les hypernéphromes.

Présentations de pièces.

Gangrène et perforation de l'utérus.

M. André Lapointe. — Gangrène et perforation de l'utérus *post abortum* péritonite généralisée ; hystérectomie abdominale ; mort le quinzième jour après l'opération.

M. Picqué est nommé rapporteur.

Fracture de la cuisse.

M. Ch. Monod. — Je vous présente deux radiographies d'une



fracture de cuisse, que les hasards d'une expertise a mises entre

mes mains. La fracture a été traitée par l'appareil Hennequin, appliqué par M. Hennequin lui-même. Le résultat fonctionnel a été excellent; le malade marche bien, le raccourcissement ne dépasse pas 2 centimètres, et cependant sur l'épreuve radiographique le chevauchement paraît considérable.

Je vous signale ce fait, non certes pour incriminer en quoi que ce soit le traitement employé que j'ai été un des premiers à défendre, mais pour montrer qu'il ne faut pas se fier aux radiographies seules pour juger la valeur du résultat obtenu et nous mettre en garde contre les réclamations de malades qui, se fondant sur une épreuve de ce genre, prétendent avoir été mal soignés. Nous devons bien plus nous en rapporter à l'examen exact du blessé et à l'étude du fonctionnement de son membre.

M. Pierre Delbet. — Je remercie M. Monod d'avoir présenté ces deux intéressantes radiographies. Elles montrent que le résultat anatomique n'est pas parfait. Il est bien entendu que le résultat fonctionnel était excellent et je ne voudrais pas qu'on pût croire que dans ce que je vais dire il entre la moindre part de critique pour l'appareil de M. Hennequin. Cet appareil nous rend des services; je l'emploie, et, en ce moment même, il y a dans mon service des malades qui sont soignés avec lui. Il n'en est pas moins vrai que le résultat présenté ici par M. Monod est celui que l'on obtient habituellement.

Quand je vous ai présenté ici des appareils de marche, j'ai compulsé, je vous l'ai déjà dit, dans les principaux laboratoires de radiographie de Paris tous les clichés de fractures de fémur que j'ai pu trouver, et j'en ai vu beaucoup provenant de malades soignés, comme celui dont il est ici question, par M. Hennequin lui-même. Parfois, lorsqu'il n'y avait qu'un seul cliché, on aurait pu croire à une réduction parfaite, comme on pourrait le croire ici si on n'avait que la radiographie de face. Mais dans tous les cas où deux clichés ont été pris dans deux plans perpendiculaires, on voit que les fragments ne concordent pas.

Si j'insiste, c'est qu'on a dit ici même qu'avec l'appareil de M. Hennequin on devait obtenir une coaptation parfaite des deux fragments mis bout à bout. Eh bien, cela n'est point exact. Quelque appareil que l'on emploie, on n'obtient pas cette réduction parfaite. Il faut qu'on le sache, il faut qu'on le dise, ne fût-ce que pour nous mettre à abri des revendications injustifiées des malades. La vérité est que nous obtenons des résultats fonctionnels excellents; mais la réduction anatomique parfaite, la juxtaposition des deux fragments bout à bout, dans les fractures de cuisse chez l'adulte, on ne l'obtient pour ainsi dire jamais.

M. Kirmisson. — Je demande à observer que le *chevauchement* est beaucoup moins considérable qu'on le croirait au premier abord ; on aperçoit, en effet, en arrière la pointe du fragment inférieur, au-dessus d'elle se voit une masse qui n'est autre chose qu'un os nouveau d'origine périostique. S'il en était autrement, on ne comprendrait pas que le raccourcissement fût seulement de 2 centimètres.

M. Tuffier. — J'entends avec satisfaction mon ami Delbet défendre des idées que j'ai émises en 1900 devant la Société, et qui avaient été si mal accueillies à ce moment. Je crois toujours que la réduction bout à bout dans les fractures obliques du fémur est un fait absolument exceptionnel, si tant est qu'il existe, et cela quel que soit l'appareil employé ; et je répète ici que l'appareil de M. Hennequin a surtout le mérite, d'ailleurs considérable, de corriger le déplacement suivant la direction, bien plus que suivant la longueur, et je vous répète que cette réduction suivant la direction est bien plus importante pour le fonctionnement du membre que la réduction suivant la longueur.

M. Hennequin. — Il est, en effet, à peu près impossible de coapter exactement les fragments dans les fractures du fémur, car ces fragments, entourés de tissus mous plus ou moins épais, échappent à une action directe; mais si l'extension continue ne le remet pas absolument bout à bout, elle assure le principal, c'est-à-dire la concordance des axes statiques, avec un raccourcissement insignifiant, très souvent nul et un résultat fonctionnel normal.

M. Tuffier. — Depuis six ans, je demande ici qu'on nous apporte une de ces réductions, c'est-à-dire qu'on nous montre deux radiographies, face et profil, indiquant le chevauchement des deux fragments, et deux radiographies après la réduction indiquant le placement de ces fragments bout à bout !

Je ne demande qu'à être confondu et convaincu, mais je dois avouer que cette occasion se fait vraiment bien attendre !

Fracture de la tubérosité externe du tibia.

M. Chevassu. — Dans la séance du 31 janvier, M. Potherat vous a présenté la radiographie d'une fracture de la tubérosité externe du tibia.



Chez le malade dont je vous présente la radiographie, il s'agit également d'une fracture de la tubérosité externe du tibia, mais ici la fracture ne comprend que la portion externe de cette tubérosité.

Le trait de fracture parti du milieu de la cavité glénoïde, descend verticalement pour se terminer sur la face externe du tibia, à 2 centimètres au-dessous de l'articulation tibio-péronière.

Ce fragment qui intéresse toute l'épaisseur du condyle tibial, a la forme d'une pyramide triangulaire, ou d'un coin à base supérieure.

L'examen, pratiqué deux heures après l'accident, m'a montré en plus des signes habituels d'une hémarthrose abondante du genou, un élargissement de l'extrémité supérieure du tibia, une déviation en dehors de la jambe simulant un genu valgum, une grande mobilité latérale de l'articulation.

En prenant la tubérosité entre le pouce et l'index, on pouvait lui imprimer de légers mouvements d'avant en arrière, et pendant ces mouvements on percevait la crépitation osseuse. La tête du péroné était restée solidement unie au fragment tibial.

Le diagnostic, chez ce malade, ne présentait pas de réelles difficultés, il a été porté avant la radiographie.

Celle-ci a confirmé le diagnostic, et a permis de constater un écartement en dehors de 6 à 7 millimètres et un léger déplacement en haut du fragment tibial.

L'accident s'est produit dans les circonstances suivantes : le 27 octobre 1905, le réserviste C..., du 12e d'artillerie, âgé de trente ans, était à la manœuvre, assis sur l'avant-train d'un canon. Au moment où les chevaux exécutaient au trot un demi-tour à gauche, l'avant-train versa. C... fut projeté sur le sol et tomba sur le genou gauche, la jambe fléchie, il ne put se relever. D'après les renseignements donnés par le malade, la chute sur le genou n'aurait pas été précédée d'une chute sur les pieds. La partie externe de l'articulation du genou portait des traces nettes de contusion.

Cette fracture semble due par conséquent à un choc direct.

Après une ponction qui a donné 100 grammes de sang mélangé à de très nombreuses gouttelettes graisseuses, le membre a été immobilisé dans une gouttière, et, à partir du douzième jour, soumis à des séances quotidiennes de massage et de faradisation du triceps.

Le malade a quitté l'hôpital le 10 février pour reprendre son travail, conservant encore une légère boiterie, de faibles mouvements de latéralité de l'articulation, des craquements articulaires, un peu d'épaississement de la synoviale, une légère atrophie du triceps. L'extension est complète, la flexion atteint 125 degrés.

La mensuration transversale du plateau tibial, à l'aide du compas d'épaisseur, fait constater un élargissement de 6 millimètres du côté malade.

Il s'agit là d'une fracture rare, si l'on s'en rapporte aux traités classiques qui ne signalent que les quatre cas rassemblés dans la thèse de Heydenreich.

M. Dambrin (1), dans une revue toute récente, en rapporte une nouvelle observation, et en mentionne une autre publiée par M. Tédenat dans les thèses de Monteils et de Boussière.

(1) Dambrin. *Archives médicales de Toulouse*, novembre-décembre 1905.

Le Secrétaire annuel,

P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 7 MARS 1906

Présidence de M. Segond.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. Tuffier dépose sur le bureau de la Société un mémoire de M. Sabadini (d'Alger), intitulé : *Quelques remarques sur 533 rachicocaïnisations.* — Travail renvoyé à une Commission : M. Tuffier, rapporteur.

M. Richelot dépose un mémoire de M. Soulié, intitulé : *Pleurésie purulente aiguë*, etc. — M. Richelot, rapporteur.

Rapports.

Sur une observation de M. Morestin : *Le masque ecchymotique par compression thoraco-abdominale.*

Rapport par M. VILLEMIN.

Dans la séance du 27 décembre 1905, M. Morestin nous a apporté une observation des plus intéressantes sur « le masque ecchymotique par compression thoraco-abdominale ».

En septembre dernier, un garçon de quinze ans jouant avec ses camarades tombe accroupi sous l'arrière d'une charrette ayant brusquement basculé. Les renseignements manquent sur la durée de la situation critique du sujet et sur son attitude exacte. Le dos et les épaules ont seuls supporté la pesée du véhicule, la tête n'a subi aucun traumatisme.

A la suite d'une courte syncope, l'enfant revenu à lui se plaint d'oppression, de troubles respiratoires ; il voit tout ce qui l'entoure noyé dans un brouillard et coloré en violet. Quelques gouttes de sang s'écoulent des narines.

A son arrivée à l'hôpital, on constate une respiration courte, rapide, irrégulière, un pouls petit et fréquent; l'enfant se plaint de douleurs à l'épaule et dans la poitrine à droite, ainsi qu'au rebord des fausses côtes des deux côtés. La face est entièrement violacée.

Le lendemain l'anxiété et les douleurs ont notablement diminué. Le pouls est régulier et la respiration calme. La courbature subsiste. Le visage, très légèrement tuméfié, a une teinte générale violette avec un semis de petites taches ecchymotiques plus foncées. Comme autres symptômes, M. Morestin trouve uniquement une douleur à l'extrémité externe de la clavicule et quelques râles sous-crépitants à la base du poumon droit. Les viscères abdominaux, les côtes n'ont absolument rien.

La teinte violette s'étend à toute la face, au front, à la partie supérieure du cou, en haut jusqu'à la racine des cheveux, en bas jusqu'au niveau du cricoïde. Elle varie d'intensité par places, plus foncée à gauche, plus pâle à la lèvre supérieure et au menton; les pommettes et la racine du nez sont très montées en couleur, le lobule et les ailes à peine teintés, les paupières tuméfiées couleur lie de vin; des ecchymoses sous-conjonctivales couvrent la sclérotique. A gauche, la coloration s'étend jusqu'aux apophyses épineuses, à droite elle s'arrête à l'oreille.

Sur le fond violet clair se détachent en plus sombre de très nombreuses taches plus ou moins arrondies. Le visage ne porte aucune trace de traumatisme. On trouve d'ailleurs le même piqueté hémorragique sur la face interne des joues, le voile du palais et les parois du pharynx buccal.

Les suites ont été des plus bénignes : la teinte violacée, après avoir légèrement viré au rouge, s'est effacée graduellement et a disparu en quatre jours sans qu'on ait institué aucun traitement. Seules les macules restées apparentes ont cessé d'être visibles un peu plus tard et les ecchymoses conjonctivales en dernier. Trois semaines après l'accident il n'y avait plus trace de rien.

Cette observation peut servir de prototype descriptif à cette

étrange affection. En France, elle n'a peut-être pas assez retenu l'attention des cliniciens, car tous les faits publiés viennent de l'étranger. En rassemblant les cas de Willers, Berthes, Braun, Neck, Volcker, Wagenmann, Guckel, Pichler, Morian, Burrel et Crandon, Wienecke, Richard Milner, Joynt, on arrive à un total de 27 observations. Notre collègue, M. Lejars, qui les a rassemblées, a écrit sur ce sujet une revue aussi intéressante que documentée dans la *Semaine médicale* en avril dernier. Nous ne saurions rien faire de mieux que de lui emprunter les éléments de ce rapport.

Une première remarque s'impose, c'est que toutes les observations se ressemblent. La cause est toujours une compression brusque et considérable du thorax ou de l'abdomen, en général de courte durée. L'infiltration ecchymotique de la face se produit instantanément et le blessé ne montre que l'aspect que nous a décrit M. Morestin dans son observation. On a dit que la zone ecchymotique finissait circulairement au niveau du col de la chemise, qui paraissait être la cause de cette limitation particulière. Je ne sais si cette interprétation a le mérite d'être exacte, mais le malade de M. Morestin ne ressemblait pas aux autres sous ce rapport.

Les suffusions sanguines intra-orbitaires ne sont pas rares; elles se font dans le tissu graisseux, derrière le globe, et très exceptionnellement dans la rétine. En général, les troubles oculaires ne sont pas durables, pas plus que ceux de l'oreille ou les épistaxis. Jamais on n'a observé d'hémorragies cérébrales ou méningées, et le fait a été constaté dans deux autopsies. Toutes les fois que la mort a suivi l'accident, on a pu en trouver la raison dans des lésions multiples du squelette ou des viscères thoraciques ou abdominaux. Dans tous les autres cas, l'ensemble symptomatique très effrayant du début a cessé rapidement, en même temps que la coloration violette s'atténuait et disparaissait en quelques jours.

Dans son article, M. Lejars rappelle avec à propos les formes atténuées, incomplètes, relevant du même mécanisme, et qu'on observe bien plus fréquemment. Mais souvent on les attribue à tort soit au traumatisme direct, soit à une fracture de la base du crâne, que la bénignité des suites ne confirme pas.

Il est certain qu'une compression brusque des gros réservoirs veineux de l'abdomen détermine un violent reflux du sang dans le système cave supérieur. Les jugulaires mal défendues par des valvules insuffisantes se laissent envahir bien mieux que les troncs veineux des membres. Mais cette réplétion, purement passive, ne suffit pas à expliquer à elle seule le mécanisme de l'infil-

tration ecchymotique de la face. Il y faut joindre un facteur actif très puissant, l'effort, comme l'a très bien démontré Milner. Inconsciemment, pour éviter la pression à laquelle ils sont soumis au moment de l'accident, les blessés font un effort thoraco-abdominal considérable. Dans ces circonstances, la pression intra-veineuse doit atteindre des limites auxquelles la résistance des tuniques vasculaires n'est pas préparée. Et la preuve que le facteur effort joue le principal rôle dans la pathogénie qui nous occupe, c'est que ces ruptures vasculaires à distance ont été signalées après les accouchements, les crises convulsives, les vomissements, les quintes de coqueluche. Nous en avons personnellement un exemple chez un adulte emphysémateux dont la face et le cou devinrent le siège d'un piqueté hémorragique des plus nets au cours de vomissements accompagnés de violents efforts.

Deux fois, l'examen histologique a permis de constater une distension énorme des petites veines et des capillaires de la peau; dans un cas, il s'y ajoutait des éclatements vasculaires et de petits hématomes.

Quel que soit le nom qu'on lui donne : infiltration ecchymotique diffuse de la face, asphyxie cutanée cervico-faciale, masque ecchymotique par compression thoraco-abdominale, cette affection mérite d'être bien connue de tous, ne fût-ce que pour ne pas en attribuer la cause au traumatisme direct ou à une fracture de la base.

Aussi devons-nous savoir gré à M. Morestin de nous avoir communiqué cette intéressante observation et je proposerai, en manière de conclusion, d'admettre son mémoire dans nos Archives et de conserver à l'auteur, à la prochaine élection de membre titulaire de la Société, le rang que lui ont déjà accordé vos suffrages.

M. Broca. — Dans son rapport, M. Villemin a mentionné le rôle de l'effort dans la production de ces ruptures vasculaires interstitielles et il a fait allusion aux cas où l'effort seul entre en jeu, en particulier à ceux où ce piqueté hémorragique des paupières est consécutif aux quintes de coqueluche : c'est là un signe bien connu de tous les pédiatres. Hier, je l'ai constaté chez une fillette que je voulais recevoir dans mon service pour luxation congénitale de la hanche, et dès lors j'ai interrogé la mère sur la possibilité d'une coqueluche; et j'ai appris que le phénomène s'était produit la veille, à l'occasion d'une colère extrêmement violente.

M. Le Dentu. — J'ai observé, il y a déjà longtemps, deux cas semblables à ceux dont il vient d'être question : le premier au mois de décembre 1877, le second un peu plus tard, en 1879 ou 1880 si je ne me trompe.

Dans ces deux cas, le mécanisme avait été le même : une pression violente sur la région sous-lombaire d'un individu plié, en avant sur un plan résistant, une table par exemple. Les deux sujets étaient de tout jeunes gens, des apprentis mécaniciens âgés de quinze et de dix-huit ans. L'un d'eux a eu une disjonction complète de la symphyse pubienne accompagnée d'entorse double sacro-iliaque.

Les deux blessés ont présenté, du côté de la face et du cou, les symptômes qui caractérisent la cyanose cervico-faciale traumatique : teinte bleuâtre généralisée, piquetée d'un semis d'ecchymoses ponctiformes s'arrêtant net à la base du cou, bouffissure générale, mollesse pâteuse spéciale et refroidissement très net des téguments et de la couche sous-cutanée, infiltration des paupières et des conjonctives, celle-ci se manifestant par un bourrelet de chémosis qui existait déjà tout de suite après l'accident, une certaine hébétude, mais sans perte entière de connaissance.

Chez l'un des blessés ces accidents ne durèrent pas longtemps; au bout de quarante-huit heures la teinte cyanosique avait à peu près totalement disparu. Le piqueté seul persista quatre ou cinq jours; il en fut de même de l'infiltration conjonctivale. Dans ce cas, le corps comprimant n'avait déterminé aucune grave lésion, ni du côté du squelette, ni du côté des viscères abdominaux.

L'autre cas se signale par les symptômes plus accusés, qui se prolongèrent plus longtemps, et aussi par certaines particularités qui lui donnent une place à part au milieu de tous les faits qui ont été observés et publiés jusqu'ici. D'abord, tout de suite après l'accident, le sujet, un adolescent de quinze ans, a perdu un peu de sang par le nez et par les oreilles. D'autre part, l'examen ophtalmoscopique a révélé un piqueté rétinien et de petites ecchymoses qui déterminaient quelques troubles de la vision,

Je rappelle qu'il était atteint d'une disjonction complète de la symphyse pubienne, ce qui prouve que, dans ce cas, la compression avait été très considérable.

J'ai donc eu l'impression, pour ce blessé comme pour l'autre, que cette compression avait été suffisante pour expliquer les accidents. Je n'ai pas eu l'idée de faire intervenir les efforts des blessés dans le but de se dégager.

Avec la compression très énergique du ventre, je comprends très bien que l'afflux très accéléré du sang de la veine cave inférieure dans l'oreillette droite du cœur a eu pour conséquence un

reflux subit dans la veine cave supérieure et dans toutes les grosses ou petites veines cervico-faciales et intra-craniennes dont elle est l'aboutissant.

Donc, sans nier l'influence de l'effort dans un certain nombre des cas que M. Lejars a rapportés dans son récent article, je crois que la compression intense du ventre rend parfaitement compte, à elle seule, d'un grand nombre d'entre eux.

Pyurie rénale droite diagnostiquée par la séparation des urines. Néphrotomie. Guérison, par M. Lambert (de Reims).

Rapport par M. HENRI HARTMANN.

Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une observation envoyée par M. le Dr Lambert (de Reims). Cette observation est intitulée par l'auteur : *Pyurie rénale droite diagnostiquée par la séparation intra-vésicale des urines en l'absence de tout symptôme rénal.*

Il s'agit d'un boulanger, âgé de trente-quatre ans, entré à la clinique du Dr Lambert, le 25 avril dernier pour des urines troubles, de coloration laiteuse, et de la fréquence des mictions sans douleur. L'examen ne permet de déceler aucune augmentation de volume de l'un quelconque des deux reins; aucune douleur, ni au niveau du rein, ni le long de l'uretère. L'auteur, qui semble bien connaître les travaux de notre collègue Bazy, n'a de même pu déterminer d'aucun côté le réflexe urétéro-vésical. Tout se réduit donc bien, au moment où le malade se présente, à la constatation d'une pyurie avec pollakiurie. Il n'y a, lors de l'examen, aucun symptôme rénal; nous devons cependant ajouter que dans les antécédents du malade on relève quelques signes faisant penser à une lésion rénale droite; le malade, qui, en 1890, avait eu une urétrite, a présenté à diverses reprises, en 1902 et en 1903, des crises douloureuses du côté du rein droit. S'il n'y a plus de symptômes rénaux au moment où le malade vient consulter le Dr Lambert, il y en a eu antérieurement et l'on pouvait dès lors soupçonner que la cause de la pyurie était le rein droit. La certitude de cette localisation, en l'absence de tout signe physique, ne pouvait toutefois être acquise que par l'examen du produit de sécrétion de chacun des deux reins.

La séparation, faite après injection dans la vessie de 5 centimètres cubes d'une solution de stovaïne à 1 p. 50, permet de recueillir à gauche 3 c. c. 8 d'une urine limpide, jaune citrin

acide, contenant par litre 20 gr. 95 d'urée, 11 grammes de chlore dosé en NaCl; à droite 5 c. c. 4 d'urine opalescente, avec dépôt blanc, neutre, contenant 4 gr. 77 d'urée, 5 gr. 50 de chlore.

De plus, tandis qu'à gauche l'écoulement se faisait par petites éjaculations successives, à droite l'urine s'écoulait goutte à goutte d'une manière continue. C'est là un fait que nous avons noté déjà dans un certain nombre de cas.

La séparation ayant permis d'affirmer une lésion à droite, qui ne pouvait être que soupçonnée auparavant, M. Lambert fit la néphrotomie et draina une collection purulente de la corne inférieure du rein droit. La guérison se fit rapidement. Nous ne croyons pas devoir insister plus longuement sur cette observation qui montre une fois de plus ce que nous répétons depuis des années, qu'il est nécessaire de faire des examens directs de l'urine isolée de chacun des deux reins et de ne pas s'en tenir aux données de la vieille clinique qui, si elle conserve tous ses droits, ne permet cependant pas d'arriver à la précision diagnostique que nous pouvons obtenir avec nos moyens d'investigation actuels.

Guérison spontanée d'un anévrisme artério-veineux, par M. le Dr Pluyette, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Rapport par M. A. GUINARD.

Un anévrisme artério-veineux peut-il guérir spontanément? Telle est la question que pose M. le Dr Pluyette (de Marseille). Et se reportant aux opinions émises dans nos livres classiques, il constate que tous les auteurs se prononcent pour la négative.

Voici, en effet, ce que dit Follin, dans son *Traité de pathologie externe* (t. II, p. 372) : « La guérison spontanée est tellement rare qu'on ne peut en citer un exemple bien authentique. »

Michaux écrit dans le Traité de Duplay et Reclus (t. II, p. 157) : « L'anévrisme artériel est susceptible de guérison spontanée, tandis qu'on n'observe rien de semblable dans l'anévrisme artério-veineux. » Et plus loin (p. 159) : « Ajoutons en terminant que l'anévrisme artério-veineux ne guérit *jamais spontanément.* »

Dans le traité de Le Dentu et Delbet, ce dernier dit (t. IV, p. 306) : « Au sujet de l'évolution des anévrismes artério-veineux, un premier point important a été établi par Broca, c'est qu'ils ne guérissent *jamais spontanément.* » Et quelques lignes plus loin : « En somme, il n'y a pas d'exemple d'anévrisme artério-veineux dûment constaté ayant marché vers la guérison. »

Par ces courtes mais significatives citations il est donc nettement établi qu'il n'existe pas pour ces anévrismes de guérison spontanée, au dire des classiques. Aussi M. Pluyette a-t-il été frappé d'un fait bien authentique de cure spontanée d'un anévrisme artério-veineux qu'il a pu suivre dans tous ses détails. Tout d'abord, pour aller au-devant d'une objection que personne ne songerait à lui faire, il nous dit qu'il ne s'agit pas d'un malade de la clientèle civile, soigné loin des regards confraternels, mais d'un blessé traité dans un hôpital public où les internes et les externes l'ont vu et suivi. De plus, il a présenté ce cas curieux, à diverses périodes de son évolution, à ses collègues des hôpitaux, d'Astros, Delanglade, Boy-Teissier, J. Armand, Schnell, Darcourt, qui ont pu comme lui se convaincre de la réalité du fait.

Il s'agit d'un anévrisme artério-veineux de l'artère et de la veine sous-clavière droite, anévrisme traumatique, dont une partie de l'observation a été publiée très en détail dans la *Revue de Chirurgie* (juillet 1905, p. 47). La rareté de cette localisation, — M. Pluyette n'a pu en réunir que 19 cas, — lui a permis d'écrire une monographie de cette variété anévrismale.

Suivant les traditions de la Société de chirurgie, je n'indique que pour mémoire cette première partie de l'observation afin qu'il soit possible de s'y reporter. Dans cette partie, qui va du 2 juin 1904, jour de l'accident, au 18 octobre 1904, soit quatre mois et demi, il n'est question que de la formation de l'anévrisme et de la localisation. Mais, ce qui fait partie de la nouvelle communication de M. Pluyette est inédit; c'est l'évolution de cet anévrisme qu'il lui a été permis de suivre. Voici son observation :

Le 18 octobre 1904, Lazare B..., marchand forain, âgé de trente-trois ans, présentait donc un anévrisme traumatique artério-veineux de la sous-clavière droite, produite par une balle de revolver.

Cet anévrisme, déjà en voie de diminution, mais non de guérison, se manifestait par une tuméfaction assez légère siégeant au-dessus de la clavicule. La pulpe des doigts placée à ce niveau percevait un thrill très manifeste mais limitée à la région anévrismatique. Le souffle si caractéristique en bruit de rouet s'entend avec le sthétoscope mais seulement dans la zone de l'anévrisme. Les pulsations n'existent ni dans la radiale, ni dans la cubitale. Les mouvements du bras, l'élévation notamment, sont possibles mais assez modérés.

Le 15 novembre le blessé revient nous voir à l'hôpital. Il accuse des douleurs très vives, surtout pendant la nuit. Ces douleurs, qui semblent se reproduire sous forme de crises, sont caractérisées par une sensation de fourmillement et de piqûre dans les trois derniers doigts de la main droite, médius, annulaire et auriculaire, mais cette douleur remonte jusqu'au pli du coude. La main et l'avant-bras sont cyanosés, avec

marbrures violacées; le blessé y éprouve facilement le froid et il est obligé de tenir sa main gantée. Le pouls n'est pas perceptible dans les artères du poignet, mais l'épaule ne présente plus de raideur dans les mouvements. Quant au point où siégeait l'anévrisme on ne perçoit plus ni thrill, ni souffle.

Le 23 novembre, nous constatons de nouveau la disparition de l'anévrisme. Pensant à une névrite, nous explorons la sensibilité tactile; elle est conservée dans tout le membre supérieur et égale des deux côtés, La motilité est complètement revenue, mais les douleurs, les fourmillements, le froid aux extrémités persistent. Nous constatons de plus que le trajet de l'axillaire, de l'humérale, de la radiale sont douloureux. La radiale paraît plus volumineuse, dure et sans battement. Ce n'est pas une névrite, c'est une artérite. C'est aussi l'opinion de mes confrères d'Astros et Darcourt qui virent le blessé ce jour-là.

Le 15 décembre, nouvel examen. La douleur existe toujours sur l'humérale au pli du coude; la radiale est toujours dure, mais la douleur n'existe plus qu'à la pression. Le refroidissement des extrémités est moins marqué. Là où siégeait l'anévrisme on ne trouve plus rien.

En janvier 1905, les douleurs sont bien moindres. Le membre supérieur se meut avec aisance et Lazare B... a repris sa profession normale. Je le revois encore en mars et il ne reste plus aucune trace de son accident, si ce n'est l'absence de pulsations radiales. Le blessé est absolument guéri de son anévrisme artério-veineux qu'il n'est plus possible de soupçonner.

De cette observation se dégage un fait matériel évident, indéniable. C'est qu'un anévrisme artério-veineux de la sous-clavière droite, constaté par de nombreux confrères, a disparu complètement, sans aucune intervention ni médication, et cela contrairement à ce qu'enseignent les auteurs classiques. Il est plus délicat d'expliquer la pathogénie de cette cure spontanée !

Comme le dit M. Pluyette, Nélaton, en 1846, après Scarpa et Brown, a bien signalé la possibilité de la transformation de ces anévrismes en anévrismes artériels. « Mais, dit Delbet (*loc. cit.*), dans les deux cas que Nélaton a cités, il s'agissait d'anévrismes extrêmement récents, ou plutôt de deux plaies vasculaires dont l'une, la plaie veineuse, s'est cicatrisée. Dans le cas de Gripat, un anévrisme artério-veineux de l'humérale, qui datait de quarante-deux ans, s'est transformé en anévrisme artériel. Cette transformation, loin d'être favorable, a déterminé la rupture du sac. » Mais ce sont là des faits exceptionnels, et M. Pluyette n'a rien observé de semblable. Il a vu l'anévrisme diminuer progressivement de volume jusqu'à ce qu'il ait complètement disparu.

Au point de vue expérimental, Vignola (*Semaine méd.*, 1902, p. 427), et Franz (de Berlin) (*Sem. méd.*, 1904, p. 117), ont reproduit chez les animaux des anévrismes artério-veineux. Le premier

conclut de ses expériences que ces anévrismes manifestent une tendance à la guérison, partielle ou définitive, grâce à un processus de thrombo-phlébite. Le second n'a vu se produire de thrombose qu'en cas d'infection de la plaie. Ces expériences n'éclairent nullement le processus pathologique observé ici, puisque chez ce blessé, il n'y a eu ni thrombo-phlébite ni infection. Aussi M. Pluyette se croit-il autorisé à dire que, selon toute vraisemblance, la guérison a été la conséquence d'une artérite oblitérante. Les phénomènes d'artérite ne sont guère douteux, ajoute-t-il, et voici comment on peut en interpréter la pathogénie. « La balle de revolver qui a produit l'anévrisme a provoqué une artérite traumatique ; celle-ci d'abord pariétale, c'est-à-dire sténosante, explique pourquoi insensiblement les symptômes locaux, thrill, souffle, ont progressivement diminué d'étendue ; puis peu à peu l'artérite, de sténosante, est devenue oblitérante, et le pouls radial, dont nous avions pu prendre le tracé une vingtaine de jours après l'accident, a diminué de force et a fini par disparaître. Le caillot obturateur occupant la sous-clavière dans toute sa lumière, le sang artériel ne passa plus dans la veine ; toute communication disparut entre les deux vaisseaux, et la veine continua à charrier le sang veineux seul.

Sans être absolument affirmatif sur cette interprétation pathogénique, nous ne voyons pas d'autre manière d'expliquer la guérison spontanée. »

Je ne veux pas suivre M. Pluyette sur ce terrain qui peut prêter à bien des discussions théoriques. L'artérite d'une artère aussi volumineuse que la sous-clavière est, comme il le dit, très rare, et il semble bien qu'une artérite aussi étendue aurait dû s'accompagner de gangrène. Mais ce qu'il faut enregistrer, c'est ce fait de la guérison spontanée d'un grave anévrisme artério-veineux de la sous-clavière. Il ne faudrait pas en conclure, bien entendu, qu'on doit, dans la pratique, laisser à la nature le soin de guérir les anévrismes artério-veineux.

Je propose de remercier de son observation M. Pluyette, qui nous a déjà envoyé d'intéressants mémoires.

M. Terrier. — Je ne connais aucun exemple d'anévrisme spontané chez les animaux ; il n'y a d'exception que pour les anévrismes de l'artère mésentérique supérieure, tous d'origine vermineuse. Les traumatismes aboutissent à des plaies vasculaires, non à des anévrismes.

M. Delens. — Il y a cependant un anévrisme artério-veineux qui a une certaine tendance à la guérison spontanée, je veux parler

de l'anévrisme de la carotide dans le sinus caverneux. Il est vrai qu'il y a là des conditions anatomiques spéciales.

Il est néanmoins intéressant de rappeler ici que parmi les tumeurs pulsatiles profondes de l'orbite, il y a un assez bon nombre de guérisons spontanées par thrombo-phlébite.

Une observation de torsion du grand épiploon hernié, par M. le Dr Schmid (de Nice).

Rapport par M. le Dr GUINARD.

Le Dr Schmid nous a adressé une observation qui doit prendre place à la suite des vingt faits relatés dans le mémoire de MM. Vignard et Giraudeau (*Arch. prov. de thér.*, 1er avril 1903, p. 206). En cette même année 1903, M. Quénu en a publié dans nos Bulletins (1903, p. 520) une nouvelle observation. Mon interne, M. Capette, a apporté un fait observé dans mon service à la Société anatomique (20 juin 1903, p. 539); enfin M. Trémolières en a montré un autre analogue à la même Société (9 octobre 1903, p. 693 des Bulletins). L'observation de M. Schmid que j'ai à vous rapporter constitue donc, sauf omission, la vingt-quatrième que nous ayons trouvée dans la littérature médicale. La voici, dans sa totalité.

G... (Louis), vingt-cinq ans, asphalteur, de robuste constitution est atteint depuis quelques mois d'une hernie inguinale droite qui s'est développée progressivement et descend dans le scrotum. Le malade la faisait rentrer facilement et ne portait pas de bandage; il n'en éprouvait du reste qu'un peu de gêne.

Dans la matinée du 23 novembre 1903, sans cause apparente, sans symptôme prémonitoire, la hernie devient beaucoup plus volumineuse, le malade en souffre. Tous ses efforts pour la rentrer restent infructueux. Dans l'après-midi, il se rend chez un de mes confrères qui essaie sans succès un taxis modéré et m'amène le malade. Celui-ci se plaint de douleurs assez vives au niveau de la hernie et irradiant dans tout le ventre, surtout dans la région ombilicale; il a pu cependant venir à pied jusque chez moi.

A l'examen, je constate une hernie inguinale droite du volume du poing, descendant jusqu'au fond des bourses; le testicule en était bien distinct. La hernie n'était pas tendue, mais donnait la sensation d'un fort empâtement; la palpation était assez douloureuse.

L'abdomen était dur, avec une légère contracture musculaire, mais permettant cependant de percevoir au-dessus de l'anneau la corde épiploïque.

Je fus frappé d'un œdème sous-cutané très marqué qui occupait le scrotum et la région de l'anneau; sachant que mon confrère n'avait fait qu'un taxis modéré, j'attribuai cet œdème aux efforts de réduction tentés par le malade, quoiqu'il m'affirmât n'avoir pas insisté.

Il y avait eu des gaz par l'anus, pas de vomissements, simple sensation de malaise. Traits un peu tirés, mais facies bon; pouls à 80.

Je pensai à un épiplocèle en voie d'étranglement et conseillai au malade une intervention qu'il accepta pour le lendemain.

Le 24 novembre, opération. Le sac ouvert, je tombe sur une masse épiploïque congestionnée avec quelques suffusions sanguines. En soulevant cette masse, je vis que l'épiploon qui la constituait affectait la disposition d'une anse dont la branche inférieure s'amincissait en présentant une quantité de tours de spire et disparaissait dans l'abdomen. Elle n'avait au niveau de l'anneau que le volume d'un crayon.

Prolongeant alors mon incision par le haut, je fis une hernio-laparotomie et réséquai l'épiploon à trois doigts environ du côlon, en tissu sain. Je m'occupai alors de l'extrémité inférieure de l'anse; mais le cordon qui lui faisait suite s'enfonçait dans le petit bassin et malgré la longueur de mon incision, il était impossible de le suivre à cause de l'épaisseur du tissu adipeux de la paroi et surtout à cause de la résistance du plan musculaire vraiment très développé. Je liai et sectionnai le cordon épiploïque et reconstituai la paroi, craignant qu'un débridement transversal du droit n'affaiblît ultérieurement la paroi chez un manouvrier astreint à un travail pénible.

Faisant alors une laparotomie médiane, il me fut aisé de suivre le cordon. Il s'enfonçait dans le petit bassin et, les tours de spire cessant, l'épiploon s'étalait de nouveau en trois masses du volume d'une noix, de couleur noirâtre, absolument adhérentes au péritoine du cul-de-sac vésico-rectal. Je les décollai en partie, mais il restait quelques débris d'épiploon saignant en nappe, bien greffés sur le péritoine. Rassuré sur leur vitalité, j'eus vite raison du suintement par quelques attouchements au thermo. Je mis un drain et suturai la paroi en trois plans.

Le drain fut retiré au bout de vingt-quatre heures. Les suites furent simples, à part un point de suppuration superficielle à la partie supérieure de la première incision. Le malade quitta la clinique le vingt-sixième jour. Je l'ai revu deux ans après; ses cicatrices étaient solides et il avait repris son travail habituel sans ressentir aucune gêne.

En examinant la pièce enlevée, nous avons constaté que la partie supérieure de l'épiploon, au niveau de la ligne de résection, avait l'aspect normal. Dans la partie correspondant au sac, il offrait une consistance plus pâteuse, épiploïte congestive accompagnant l'irréductibilité. Le cordon constitué par l'épiploon, tordu depuis l'anse herniée jusqu'au fond du petit bassin, mesurait environ 15 centimètres; les tours de spire, au nombre d'une douzaine au moins, étaient plus serrés au fur et à mesure qu'on s'approchait de la partie profonde; le cordon avait une teinte violet-noir et son volume n'était pas supérieur à celui d'une plume de corbeau au-dessus des masses adhérentes au cul-de-sac péritonéal. La détorsion a pu se faire assez facilement, sauf pour les cinq

ou six tours les plus serrés. Nous avons eu l'impression que la rupture du cordon aurait fatalement succédé à la gêne de la circulation due à la torsion; peut-être cette rupture aurait-elle été sans importance; peut-être aussi aurait-elle entraîné une hémorragie plus ou moins abondante, ou des accidents inflammatoires dus au sphacèle de certaines portions.

Comme on le voit, cette observation est calquée sur toutes les autres. M. Schmid se demande quel est le mécanisme de ces torsions, et comme dans toutes les observations, on a noté la présence d'une hernie, il était logique de penser que celle-ci est un facteur de premier ordre dans la torsion de l'épiploon. Mais je ne suivrai pas M. Schmid dans cette discussion pathogénique un peu théorique. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il s'agit toujours de hernies inguinales anciennes habituellement réductibles, qui cessent brusquement de rentrer sans que pour cela l'anneau constricteur soit très serré: et de plus, il n'y a jamais d'intestin dans la hernie. Au point de vue pratique, on se rappellera qu'en pareil cas, il s'agit toujours d'une de ces hernies que M. Peyrot a appelées « hernies récurrentes ».

En effet, tordu ou non, l'épiploon replié sur lui-même forme une anse à convexité inférieure, et c'est le sommet de cette anse qui est venu se loger au fond du sac herniaire. Il en résulte qu'il y a dans la cavité abdominale, au-dessus de l'anneau herniaire, toute l'extrémité libre de l'épiploon ; et pour peu que de l'épiploïte chronique épaississe l'épiploon hernié, l'extrémité intra-abdominale de cet organe se trouve privée de circulation par le fait de l'étranglement, et se sphacèle plus ou moins complètement.

C'est ce sphacèle que M. Peyrot, dans une communication à l'Académie de médecine (29 septembre 1896), a appelé « sphacèle sus-annulaire ». Dans le cas que j'ai observé avec M. Peyrot, il a fallu faire une hernio-laparotomie, et le sphacèle comprenait non seulement « l'anse » épiploïque herniée, mais la portion terminale de l'épiploon qui était restée dans l'abdomen. Je pense que dans l'observation de M. Schmid, le sphacèle du segment épiploïque adhérent dans le petit bassin se serait produit de même sous la double influence de la torsion et de l'étranglement. C'est ce sphacèle qui était à craindre beaucoup plus que l'hémorragie dont parle M. Schmid, si quelques tours de spire de plus avaient amené la rupture du cordon épiploïque.

D'autres organes peuvent donner des hernies récurrentes du même genre. J'ai publié un cas de hernie de l'appendice cæcal dans lequel l'extrémité de l'appendice était libre dans la cavité abdominale; l'organe formait aussi une anse, et c'est le sommet

de cette anse qui était étranglé. Pareille disposition peut se rencontrer pour la trompe de Fallope. Dans tous ces cas de « hernie récurrente », et c'est par cette déduction pratique que je termine, il est nécessaire de prolonger l'incision pour faire une véritable laparotomie et enlever en totalité la portion terminale de l'organe hernié. Pour l'épiploon en particulier, on s'exposerait, en se bornant à réséquer la masse herniée, à laisser dans le ventre un organe voué au sphacèle.

Je propose de remercier M. Schmid de son intéressant travail.

M. Broca. — Puisque M. Tuffier soulève cette question, je rappellerai que j'ai publié il y a quelques années, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, une observation de kyste hydatique de l'épiploon avec torsion, d'où phénomènes inflammatoires m'ayant fait penser à une appendicite. Mais je ne crois pas qu'il doive rentrer dans la discussion du rapport de M. Guinard, où il n'est question que de l'épiploon sans tumeur, et pour les cas de cette catégorie seuls il a fait allusion à la nécessité d'une hernie concomitante. Les faits comme le mien sont, en somme, à mettre en série avec toutes les tumeurs abdominales à pédicule tordu.

Communication.

Périsigmoïdite.

M. P. Michaux. — Sans présenter de particularités cliniques extraordinaires, l'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie a cependant le mérite de n'avoir pas encore été rapportée à ma connaissance devant une Société française.

Il s'agit d'une de ces inflammations qui se développent parfois, en dehors de toute appendicite suppurée, dans le mésocôlon iliaque gauche, et que l'on a décrites sous le nom de *sigmoïdites* et *périsigmoïdites.*

Voici, d'après les notes qui m'ont été remises par M. Bruslé, externe du service, les principaux traits de l'affection pathologique soumise à notre observation :

Le 18 janvier 1906, on amène dans mon service à l'hôpital Beaujon, salle Laugier n° 14, une femme de quarante-deux ans, ménagère, qui se plaint de vives douleurs dans la fosse iliaque gauche, avec vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et porracés. L'intestin ne

fonctionne plus que difficilement; la constipation est opiniâtre, ne cédant qu'à plusieurs purgations d'huile de ricin et à des lavements répétés. Pas d'émission de gaz par l'anus.

Le malade a vu en ville un médecin qui l'a mise à la diète hydrique, et l'a engagée à entrer à l'hôpital où il l'envoie avec le diagnostic probable de péritonite.

En l'interrogeant à son entrée dans le service, j'apprends que la maladie actuelle remonte à quatre semaines, et qu'elle a débuté par une perte assez abondante qui a duré près de huit jours, et qui a suivi un retard de près de deux mois, considéré par la malade comme un commencement de grossesse (La malade est mère de dix enfants.)

Je constate en outre qu'il n'y a pas de péritonite vraie; le ventre est déprimé, la paroi abdominale souple, couverte de vergetures; mais on sent nettement dans la fosse iliaque ganche une tuméfaction longue de 8 centimètres environ, large de trois travers de doigt, très douloureuse à la palpation.

L'état général est loin d'être brillant : si la température ne dépasse pas 38 degrés, la malade est affaiblie, la respiration est gênée, le pouls est petit, rapide, filant, aux environs de 110; la figure exprime la souffrance, les traits sont tirés, la langue blanche, saburrale, les urines plutôt rares, et chargées.

Le toucher rectal et le toucher vaginal ne révèlent aucune lésion annexielle appréciable, l'utérus est un peu volumineux mais mobile; le col mou, légèrement entr'ouvert et effacé.

Je diagnostique une périsigmoïdite en faisant des réserves sur l'origine et le siège précis de ce phlegmon.

Nous tentons le refroidissement de cette inflammation par des vessies de glace, et pour combattre la petitesse du pouls, nous prescrivons une injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel.

Le lendemain 19 janvier, l'état est sensiblement le même, toujours inquiétant; il n'y a aucune modification dans l'état du ventre. La malade a eu deux vomissements bilieux. Il n'y a eu ni selle, ni gaz évacués. Malgré le sérum, le pouls est toujours petit et fréquent; la température est cependant tombée à 37 degrés.

Tout en faisant surveiller la malade de très près, et en attendant encore vingt-quatre heures, les préparatifs sont ordonnés pour l'opérer le lendemain, s'il n'y a pas de changement.

Le 20 janvier l'état est toujours le même, plutôt plus grave, la tuméfaction iliaque est plus apparente; je décide de ne pas attendre davantage et je procède à l'opération.

Anesthésie chloroformique à la compresse. Incision sur le bord externe du muscle droit du côté gauche, au niveau même de la tuméfaction.

La paroi abdominale incisée, le péritoine est ouvert sur une étendue de 8 à 10 centimètres environ et nous constatons immédiatement que le colon iliaque gauche, sain en apparence recouvre, une masse dure, longue de 10 centimètres environ, qui est incluse dans le mésocôlon iliaque et semble faire corps avec la paroi pelvienne.

A la palpation directe, cette masse est si dure que je me demande si je ne me suis pas trompé et s'il ne s'agit pas d'une masse néoplasique pelvienne. Le champ péritonéal est limité à l'aide de compresses aseptiques.

Pour trancher la question, j'incise ou plutôt je raie sur une étendue d'un centimètre environ le péritoine du mésocôlon iliaque, et j'explore la tuméfaction avec une sonde cannelée.

Cet instrument a une certaine peine à pénétrer, mais en pressant un peu, je finis par entrer dans ce tissu dur et je vois sourdre le long de la cannelure de la sonde quelques gaz et une petite quantité de pus.

Le diagnostic premier est bien le bon; j'agrandis ma boutonnière et j'ouvre avec le doigt un gros foyer périsigmoïdien, d'où s'échappe une bonne quantité de pus verdâtre et bien lié, sans odeur.

Le foyer largement ouvert, ayant été bien évacué, j'y mets un gros drain et je panse le foyer purulent avec deux mèches de gaze iodoformée imbibées de naphtol camphré. La plaie est laissée largement ouverte; on la recouvre de compresses humides soigneusement exprimées.

Le soir, le pouls est toujours petit et faible, la température est à 37°5, on fait à la malade une injection d'un litre de sérum, et une ou deux seringues d'huile camphrée.

Le 21 janvier. — L'état est toujours le même; pas de réaction péritonéale, température à 37°8, pouls petit à 112. Un litre de sérum.

22 janvier. — Température redescendue au-dessous de 37 degrés.

La malade a rendu quelques gaz par l'anus, elle se sent un peu soulagée. La malade urine seule mais en très petite quantité, 400 grammes environ.

L'analyse donne :

Densité	1,019	
Chlorures en NaCl.	2 gr. 10	par litre.
Phosphates en acide phosphorique . .	1,60	—
Urée	17 gr. 50	—
Acide urique	0,38	
Albumine	0 gr. 80	—
Glucose.	néant	

Le 22 au soir. Pouls petit, presque imperceptible. Piqûres d'huile camphrée et de caféine et d'éther.

Dans la nuit, les phénomènes s'aggravent, la respiration est pénible et saccadée, les extrémités se refroidissent. On arrive cependant à la réchauffer.

Le 23 au matin, le pansement est renouvelé, il n'y a pas de péritonite le ventre est souple, les mèches sont imbibées de pus, mais il n'y a pas de rétention. La malade est très faible. Diarrhée profuse.

Le 24. Même état désespéré. Légère congestion pulmonaire aux deux bases.

Le 25. Dans la nuit, crise de dyspnée intense, refroidissement des extrémités, agitation la malade meurt à 3 heures du matin.

Nous avons pu faire son autopsie, et de l'examen anatomique très complet auquel nous nous sommes livrés, il résulte qu'il s'agissait bien d'une *périsigmoïdite suppurée* reconnaissant pour cause *un abcès de l'ovaire gauche propagé par la voie des lymphatiques* à tout le tissu cellulaire sous-péritonéal en avant du psoas jusqu'au hile du rein.

En voici les principales particularités : Le gros intestin est de couleur normale; il a son calibre ordinaire.

En le rejetant en dedans, nous tombons sur une nappe purulente diffuse, qui occupe le mésocôlon iliaque gauche, siège au niveau de la partie moyenne de la fosse iliaque et s'étend en avant du muscle psoas iliaque longeant un uretère sain, sans lésions ni calculs, accompagnant ainsi jusqu'au hile du rein les lymphatiques de l'ovaire.

En suivant en bas cette infiltration purulente nous sommes conduits sur l'ovaire gauche dont le pôle périphérique est sphacélé, noirâtre, présentant une sorte de petite cavité purulente.

La trompe est un peu rouge, mais non augmentée de volume.

L'intestin est recroquevillé, semblable à un intestin de poulet, mais il n'y a aucune lésion intestinale.

M. Mauté, chef du laboratoire de Beaujon, a fait l'examen histologique de ces pièces; des coupes diverses ont été faites sur l'ovaire, l'uretère, la péritoine, l'S iliaque, le cæcum et l'intestin grêle.

Il nous a remis la note suivante :

L'*ovaire gauche* est de volume normal. Des coupes sont pratiquées suivant son grand axe pour en étudier la topographie à un faible grossissement. Elles montrent au centre trois abcès qui occupent la presque totalité du parenchyme. Le reste de l'organe n'est plus représenté que par une loque fibreuse, présentant elle-même outre quelques abcès miliaires, une infiltration embryonnaire considérable autour des vaisseaux et de quelques follicules restants. La plupart des vaisseaux présentent des lésions de sclérose avancée.

La *trompe* du même côté serpente au devant de l'ovaire auquel elle adhère. Elle est perméable dans toute son étendue et présente seulement des lésions de salpingite interstitielle atrophique.

L'*utérus* est augmenté de volume, congestionné et un peu mou.

Les *annexes* du côté opposé sont absolument sains. Il en est de même de l'*intestin* et du *péritoine*.

Des coupes pratiquées le long de l'*uretère* montrent également l'intégrité de cet organe. De plus elles permettent de suivre le processus de *lymphangite aiguë* suppurée, depuis l'ovaire jusqu'à l'abcès iliaque.

Le *rein gauche* présente outre des lésions anciennes de sclérose légère, des altérations récentes et extrêmement marquées de néphrite aiguë diapédétique et surtout dégénérative. Le rein droit n'avait pas été prélevé à l'autopsie.

En résumé, cet examen attentif démontre qu'il n'y a aucune lésion appréciable de l'intestin, et que dans notre cas il s'agit bien d'une suppuration périsigmoïdienne d'origine génitale, due à la propagation par les lymphatiques de l'ovaire d'une inflammation suppurée de cet organe.

L'examen anatomique en résumé nous a permis de démontrer dans ce cas l'existence d'une variété de *périsigmoïdite* aboutissant à la suppuration et ayant son point de départ dans un abcès de l'ovaire.

Dans un article paru dans la *Semaine médicale* du 28 janvier 1904, notre collègue Lejars, un des premiers en France, a appelé l'attention sur ces inflammations de l'S iliaque et du mésocôlon iliaque que l'on a décrites sous le nom de *sigmoïdite* et de *périsigmoïdite*.

Avec tous les observateurs qui ont décrit ces faits, Lejars insiste très justement sur l'analogie qui existe entre ces phlegmons périsigmoïdiens et les pérityphlites.

Notre collègue revient à ce propos sur les *appendicites gauches* qui sont en général absolument distinctes anatomiquement des affections que nous décrivons en ce moment, soit qu'il y ait inversion du cæcum, soit qu'il s'agisse de collections suppurées à distance d'un appendice et d'un cæcum en situation normale.

A. Mayor (de Genève) a signalé, des premiers, cette « *entérite iliaque gauche* », dont on a publié depuis un certain nombre de faits, parmi lesquels il faut faire une place importante aux faits de nos collègues Lejars et Gaillard.

Une thèse a été soutenue à Lyon sur ce sujet en 1897 par le Dr Régnier

Dans la plupart de ces faits, il s'agit de tuméfactions inflammatoires accompagnées de troubles intestinaux assez intenses qui se sont ordinairement terminées par la résolution.

Il n'en est pas de même dans mon cas : ici le phlegmon a abouti à la suppuration ; il n'était pas lié à une affection intestinale apparente ; l'examen anatomique nous a au contraire démontré qu'il s'agissait d'un phlegmon du mésocôlon iliaque consécutif à un abcès de l'ovaire.

Mais il importe de bien spécifier qu'il ne s'agit pas de ces gros abcès de l'ovaire, recouverts et cachés par le mésocôlon iliaque.

C'était bien dans l'épaisseur même du mésocôlon, au niveau des lymphatiques ovariens qui longent l'uretère et les vaisseaux ovariens que siégeait l'infection.

On a d'ailleurs déjà rapporté des observations de ce genre ; on en trouvera sans doute d'autres.

Au point de vue clinique, je signalerai dans mon observation :

1° Les phénomènes d'obstruction incomplète de l'intestin ;

2° Les douleurs abdominales vives localisées dans la région iliaque avec irradiation dans la partie supérieure de la cuisse ;

3° La tuméfaction très nette du mésocôlon iliaque, sa sensibilité, sa dureté ;

4° L'absence de réaction péritonéale, avec des vomissements alimentaires, et bilieux;

5° Enfin, la gravité de l'état général, le retentissement sur le pouls, sa petitesse, sa fréquence, et l'impossibilité d'enrayer cette affection malgré tous les soins et la thérapeutique active que nous avons employés.

Ceci tient sans doute à la nature de l'agent infectieux, et je m'excuse de n'avoir pu recueillir le pus dans une pipette stérilisée pour en permettre l'examen. Notre réserve se trouvait momentanément épuisée.

J'espère que malgré ses imperfections cette observation encouragera mes collègues à rapporter les faits analogues qu'ils auront observés, et que nous apporterons ainsi des documents qui aideront à établir les diverses variétés de cette intéressante affection.

M. Monod. — Le fait que vient de nous communiquer M. Michaux me remet en mémoire un cas que j'ai observé récemment.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui fut pris subitement, dans la nuit du 19 au 20 octobre 1905, d'une douleur vive dans le ventre avec frissons, fièvre et grand malaise. Cet état dura peu, et ce malade, qui était à la veille de partir pour un important voyage d'affaires, se mit en route, quand même, le surlendemain. Il ne put aller loin. Il fut obligé de s'arrêter le 22 octobre à Cologne; il avait été repris en wagon de fièvre et de douleur, cette fois nettement localisée dans la fosse iliaque gauche.

Le confrère allemand, le Dr Albersheim, appelé auprès de lui et qui a bien voulu, par lettre, me donner les détails qui suivent, constata chez le malade une température de 40°5 (axillaire), 124 pulsations, avec vives douleurs dans la partie inférieure du ventre à gauche et dans la jambe du même côté; pas de symptômes de péritonite. Toucher rectal négatif. Albumine dans les urines, avec cylindres hyalins, cellules épithéliales et quelques leucocytes; pas de sang. L'albuminurie cessa au bout de quatre jours. La température descendit aussi progressivement; elle était le septième jour revenue à la normale. Mais la douleur persistait, très vive, revenant par crises, nécessitant l'emploi de la morphine.

Le diagnostic était hésitant. Le Dr Albersheim et un confrère appelé en consultation s'arrêtèrent à l'idée de calcul probable du rein arrêté dans l'uretère. On fit une radiographie de la région qui n'apprit rien.

Le 6 novembre M. X..., rentrait à Paris et venait, le 16, me consulter chez moi. Il y avait eu le lendemain de son retour, un accès de fièvre; depuis, apyrexie complète. Mais la douleur dans la

fosse iliaque gauche persistait. Je constatai de la façon la plus nette dans cette région une tuméfaction profonde, à contours vagues, non mobile, douloureuse au toucher, de consistance ferme, (sub-mate) à la percussion.

Le toucher rectal ne donnait aucun renseignement. Urines normales. Selles normales aussi ; n'ont jamais contenu de sang.

L'état général est bon, l'homme est grand et fort. Il affirme avoir maigri et pâli.

Je ne fais pas de diagnostic ferme, songeant soit à une inflammation péri-urétérale, provoquée, comme on l'avait pensé à Cologne, par un calcul arrêté dans l'uretère — la violence des douleurs du début donnant quelque poids à cette hypothèse ; soit à une tuméfaction inflammatoire formée autour de l'S iliaque, analogue à celles qui se produisent au voisinage de l'appendice.

Dans le doute, je me contentai d'engager le malade à se mettre au lit et à rester pendant quinze jours au repos absolu.

Il revient me voir le 30 novembre. Il ne souffre pour ainsi dire plus. Il se sent parfaitement bien portant; mange et dort à souhait. Mais il reste, dans la fosse iliaque gauche, la masse déjà décrite, un peu moins volumineuse peut-être, mais toujours douloureuse au toucher.

J'autorise M. X... à ne pas rester au lit, mais je lui conseille de garder encore la chambre, et de ne reprendre que peu à peu ses occupations, si aucun nouvel incident ne survient.

Je ne le revois que le 11 janvier de cette année. Il désire prendre congé de moi. Il a, depuis un mois, recommencé à vivre sa vie ordinaire, et m'annonce qu'il part dans quelques jours pour l'Égypte et autres lieux, où ses affaires l'appellent.

A l'examen, je constate que la tuméfaction de la fosse iliaque gauche *a disparu*. On sent encore profondément quelque chose qui la rappelle, sensation à laquelle on ne s'arrêterait pas si l'attention n'avait pas été attirée de ce côté par les événements qui avaient précédé.

Réfléchissant à ce cas, et en reconstituant l'histoire — tenant compte du début manifestement inflammatoire de l'affection, de l'existence d'une masse relativement volumineuse dans la fosse iliaque gauche, et de sa disparition progressive et complète, sans qu'aucun nouveau phénomène n'eut attiré l'attention du côté du rein — j'abandonnai absolument le diagnostic de calcul arrêté dans l'uretère et inscrivis sur ma fiche d'observation : *péri-sigmoïdite.*

Le fait de M. Michaux, ceux de M. Lejars qu'il a rappelés, dont je n'ai eu connaissance que plus tard, me paraissent venir à l'appui de ce dernier diagnostic.

M. Hartmann. — Dans l'observation de notre collègue Michaux, le côlon iliaque, nous dit-il, était sain; on ne peut donc pas dire qu'il s'agit là d'une de ces périsigmoïdites qu'a décrites Lejars il y a quelques années. Il semble qu'on se trouve en présence d'un abcès de l'ovaire, avec fusée sous le mésocôlon; de pareils faits n'ont, me semble-t-il, rien à voir avec les périsigmoïdites. J'ai eu l'occasion d'observer quelques-unes de ces dernières; l'histoire de mes malades ressemblait beaucoup à celle que vient de nous relater M. Monod.

Après une période d'accidents aigus ou subaigus de très courte durée, on se trouve, plusieurs semaines après, en présence d'une tumeur qui, par ses caractères objectifs, fait immédiatement penser à un néoplasme.

La première fois que j'ai eu l'occasion d'observer un de ces faits, il s'agissait d'un malade chez lequel un de nos collègues avait porté le diagnostic : cancer du côlon iliaque. Appelé secondairement, apprenant par l'interrogatoire que six semaines auparavant il y avait eu quelques phénomènes aigus passagers, j'ai soulevé l'hypothèse d'une inflammation péricolique. Quelque temps après, je dus ouvrir un abcès, le malade guérit et est resté guéri; toute idée de néoplasme sous-jacent peut donc être écartée.

Dans le second cas, j'ai été appelé avec mon collègue et ami Arrou auprès d'un homme de soixante ans environ, porteur d'une tumeur iliaque gauche ressemblant tout à fait à un cancer. Huit semaines auparavant, il y avait eu pendant quelques jours des phénomènes douloureux à marche aiguë ayant duré trente-six heures. Rejetant dès lors l'idée d'un néoplasme nécessitant une intervention immédiate, nous mîmes simplement le malade au repos, au régime lacté, et lui fîmes prendre de petits laxatifs. La tuméfaction se résorba progressivement et depuis trois ans le malade est resté complètement guéri.

J'ai eu l'occasion d'observer un troisième cas identique.

Ces pseudo-tumeurs, plus fréquentes au niveau du côlon iliaque qu'ailleurs, peuvent s'observer en d'autres points du gros intestin. Nous avons eu l'occasion d'en examiner une au niveau du côlon ascendant; l'histoire était identique, le traitement fut le même et aujourd'hui, après plusieurs années écoulées, le malade reste complètement guéri.

Il y a dans ces faits un point intéressant à connaître et qui évitera de porter trop vite le diagnostic de néoplasme du gros intestin, qu'il ne faut accepter qu'après observation prolongée, lorsque, quelque temps avant la constatation de la tumeur, on relève dans les antécédents quelques phénomènes aigus passagers.

M. PONCET. — J'insiste sur la nécessité de toujours examiner le pus dans ces cas, car, dans maintes circonstances, on trouvera le point de départ de ces infections dans l'actinomycose.

Le champignon rayonné affectionne particulièrement le tube digestif, le gros intestin, et toutes les suppurations péri-intestinales doivent être tenues pour suspectes d'actinomyces.

Présentations de pièces.

Corps étrangers.

M. THIÉRY. — Deux corps étrangers des voies digestives :

1° Une sirène; 2° un bâton de chaise de 33 centimètres. — M. ARROU, rapporteur.

Botryomycose.

M. THIÉRY. — Six cas de botryomycose des doigts et des orteils. — M. HARTMANN, rapporteur.

M. LENORMANT. — Deux cas de botryomycose. — M. HARTMANN, rapporteur.

Présentation d'instrument.

1° Pince trocart courbe; 2° Ecarteur malléable abdominal. Leur emploi dans la technique de l'hystérectomie abdominale.

M. CHAPUT. — La *pince trocart courbe* que je vous présente a été construite sur mes indications par M. Collin.

Elle mesure environ 22 centimètres de longueur.



FIG. 1. — Pince trocart courbe.

Ses mors courts mesurent environ 4 centimètres, ils sont très courbés; leur rayon est d'environ 3 centimètres. L'extrémité des mors est très pointue et en forme de prisme triangulaire.

Cette pince sert à perforer les ligaments larges et à conduire les fils à ligature. Sa courbure est très commode pour évoluer à la partie inférieure des ligaments larges dans l'espace étroit limité entre l'utérus et la symphyse pubienne.

L'*Ecarteur malléable abdominal* n'est autre que l'écarteur malléable de Poirier, très agrandi. Il mesure environ 33 centimètres. Sa largeur est de 5 à 6 centimètres. Son épaisseur est de 2 millimètres.

Il est très commode lorsqu'on veut agir au fond du bassin pour faire une hémostase par exemple. Souvent en pareil cas on est gêné par la saillie de l'anse sigmoïde du rectum ou des anses grêles. Il suffit de donner à l'instrument la courbure que l'on veut,

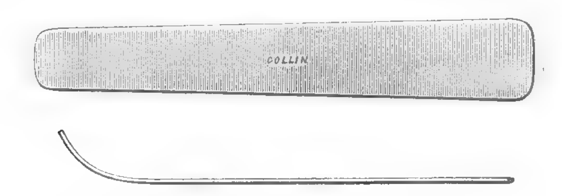


Fig. 2. — Ecarteur malléable abdominal de face et de profil.

par son poids il affaisse les anses gênantes et découvre le champ opératoire.

A l'aide de ces deux instruments, j'exécute l'hystérectomie abdominale avec la technique suivante qui m'est personnelle.

Les points intéressants de cette technique sont :

1° *L'hémostase des ligaments larges*;

2° *Le drainage*;

3° *Le cloisonnement du bassin* ou *péritonisation haute.*

1° *La section et l'hémostase des ligaments larges* s'exécutent de la façon suivante :

Je perfore le ligament avec la pince trocart, je dilate le trajet en ouvrant les mors de la pince, puis je me sers d'elle pour ramener un catgut qui est lié fortement. On peut ensuite couper bien au delà de la ligature sans crainte qu'elle glisse et sans couper de vaisseaux importants.

Je place d'abord une ligature sur le pédicule des utéro-ovariennes et sur les ligaments ronds des deux côtés.

Je taille ensuite un grand lambeau péritonéal remontant très haut sur l'utérus, lambeau qui servira à la péritonisation haute ou cloisonnement.

Je place ensuite deux ou trois ligatures sur l'étage inférieur du ligament large droit, en prenant soin de raser l'utérus avec la pince trocart.

J'ouvre ensuite le cul-de-sac antérieur du vagin, et je désinsère les culs-de-sac latéraux et postérieur. Je lie enfin, et coupe l'étage inférieur du ligament large gauche.

Je fais l'hémostase de la tranche vaginale postérieure, soit avec un surjet de catgut porté à l'aide d'une aiguille très courbe, soit en liant cette paroi comme les ligaments larges à l'aide de la pince trocart.

Cette hémostase est grandement facilitée par l'écarteur malléable.

La technique de l'ablation de l'utérus est celle du procédé américain, mais l'hémostase est spéciale.

2° *Drainage*. — Je draine le bassin avec un gros drain de 2 centimètres de diamètre, affleurant en haut le vagin auquel il est fixé par une soie, et s'arrêtant en bas, à l'orifice vulvaire.

Péritonisation haute ou cloisonnement. — Je procède alors à la péritonisation haute ou cloisonnement du bassin que j'ai décrite le premier en 1894 (Etude sur le cloisonnement du bassin, Société anatomique, novembre 1894).

Je suture le grand lambeau au détroit supérieur et au gros intestin, de façon à obtenir une fermeture hermétique du bassin.

La suture du grand lambeau à la paroi vaginale postérieure donne de mauvais résultats.

RÉSULTATS. — Cette technique m'a fourni sur quarante-neuf cas, une seule mort.

Dans quatre cas, des déchirures étendues du rectum ne pouvant être suturées ont été abandonnées dans le bassin et ont parfaitement guéri.

Election.

Nomination d'un membre honoraire.

M. SCHWARTZ est élu membre honoraire par 31 voix.

Le Secrétaire annuel,

P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 14 MARS 1906

Présidence de M. Segond.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une observation de M. Baillet (d'Orléans), intitulée : *Paralysie aiguë post-opératoire de l'estomac consécutive à une désarticulation de l'épaule. Pas d'infection. Mort.*

Ce travail est envoyé à une Commission dont M. Reynier est nommé rapporteur.

3°. — M. Hartmann présente un mémoire de MM. Lecène et Bellin, intitulé : *Botryomycose de la muqueuse palatine*, etc.;

Et deux cas de *Botryomycose*, adressés par M. Dujarier.

M. Hartmann est nommé rapporteur de ces deux mémoires.

4°. — M. Kirmisson présente un travail de M. Paul Tillaye, intitulé : *Septicémie à tétragènes.*

M. Kirmisson, rapporteur.

5°. — Le tome XIV des mémoires de la Société archéologique de Rambouillet, adressé à la Société de chirurgie par M. René Allain-Le Canu fils.

Ces mémoires contiennent des documents intéressants sur la vie et les travaux de François Quesnay, membre de l'Académie royale de chirurgie.

M. le Président adresse ses remerciements, au nom de la Société, à M. René Allain-Le Canu.

A propos de la correspondance.

M. Reboul (de Nîmes), membre correspondant, nous adresse l'observation suivante :

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de sabre-baïonnette. Perforation de l'estomac. Guérison,

par M. le Dr J. REBOUL,
chirurgien des hôpitaux de Nîmes,
membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société de Chirurgie le cas suivant que j'ai eu l'occasion d'observer dernièrement.

Observation. — Le 9 novembre 1905, à 11 heures du soir, on apporte à l'hôpital de Nîmes une jeune femme, Augustine Br..., âgée de dix-neuf ans; dans une dispute avec son mari, causée par la jalousie, elle venait de recevoir de lui un coup de sabre-baïonnette dans l'abdomen, et diverses autres contusions dans la région lombaire droite et à la face (fracture du nez). M. Mouret, interne de garde, me fait appeler et je vois la malade à 1 h. 1/2 du matin.

La plaie de l'abdomen est seule importante. Elle siège dans la région épigastrique gauche, au niveau de l'extrémité antérieure de la 10e côte, à 6 centimètres environ à gauche et en haut de l'ombilic. Cette plaie est à 4 branches, elle a la forme d'une morsure de sangsue. Elle est légèrement ecchymotique et la direction de la plaie paraît être de bas en haut et de dehors en dedans. La malade est angoissée, le pouls est à 80. Respiration 24, pas de température.

La région épigastrique médiane est immobile, tendue, douloureuse à la pression. Légère submatité. Ces signes, ainsi que la direction probable de la plaie pénétrante en haut et en dedans, me font craindre une perforation de l'estomac.

A 2 heures du matin, c'est-à-dire trois heures et demie après l'accident, j'interviens avec l'aide de mes internes MM. Mouret et Bonifas, ce dernier chargé de l'anesthésie (chlorure d'éthyle et chloroforme).

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. L'intestin est ballonné et j'ai toutes les peines du monde à le maintenir réduit, en allant à la recherche de la perforation que je pense être du côté de l'estomac. En effet, je trouve sur la face antérieure de l'estomac vers la grande courbure et du côté du pylore, une perforation d'environ 1 centimètre donnant issue à des matières stomacales qui s'écoulent dans le péritoine. Je cherche à faire un champ opératoire et à obturer la perforation lorsque brusquement la malade est prise de violents efforts pour vomir. Ces efforts amènent une éviscération considérable de la masse intestinale

que j'arrive à réduire à grand'peine. Je continue ensuite à m'occuper de la plaie de l'estomac. L'exploration minutieuse de l'estomac ne me permet pas de découvrir d'autres plaies. J'obture la perforation par une suture à 2 plans (Albert Hartmann). Après avoir nettoyé les parties avoisinantes des matières alimentaires qu'elles contenaient, j'installe un drain en caoutchouc au devant de la perforation; je place un 2e drain dans la région ombilicale. Suture à 3 plans de la paroi abdominale, mèche de naphtol camphré dans la plaie faite par le sabre-baïonnette. Enfin, craignant que les matières stomacales ne se soient répandues dans la partie inférieure de l'abdomen pendant les efforts de vomissements et la sortie de l'intestin, je fais dans la région hypogastrique une incision spéciale et je place un drain dans le petit bassin. Pansement compressif. Glace sur le ventre. La malade est rapportée dans son lit et réchauffée.

Le lendemain 10, quelques nausées à partir de quatre heures du soir. La malade a rendu quelques gaz. Diète absolue.

12. — Quelques douleurs épigastriques; le ventre est souple. Pas de nausées. Les urines sont troubles et assez abondantes. Quelques gaz. Comme alimentation, glace à sucer. Quelques cuillerées à café d'eau d'Evian. Au pansement, bon état des sutures et du ventre qui est souple. Réduction des drains.

13. — Facies bon. La malade urine seule et rend des gaz. Ni nausées ni vomissements.

15. — Pansement; petit abcès au niveau du coup de baïonnette. Évacuation du pus. Mèche de naphtol camphré.

18. — La malade va à la selle avec lavement. État général excellent.

19. — La malade prend du lait pour la première fois. Température 37 degrés.

25. — Alimentation : un peu de purée, lait.

30. — Retour à l'alimentation ordinaire.

Pendant ce temps, progressivement j'ai pu retirer les drains. La cicatrisation s'est faite dans de bonnes conditions et la malade a pu reprendre sa vie ordinaire dès le mois de décembre, c'est-à-dire une vingtaine de jours après l'opération.

J'ai eu ces jours-ci de ses nouvelles; elle est en parfaite santé.

Ce fait vient confirmer tout ce qui a été dit ces temps derniers à la Société de Chirurgie au sujet de la nécessité des interventions rapides toutes les fois qu'il s'agit de plaies pénétrantes de l'abdomen et qu'il existe le moindre signe de perforation. Dans ce cas, c'est surtout la direction de la blessure et les vagues troubles que présentait la malade au point de vue épigastrique qui m'ont poussé à une laparotomie immédiate; et bien m'en a pris puisque j'ai trouvé une perforation de l'estomac avec issue de matières stomacales dans le ventre. Les ennuis que j'ai eus pendant l'opération à cause des vomissements tiennent à ce que la malade avait dîné deux heures et demie avant l'accident.

Je pense que dans des cas semblables on doit s'assurer qu'il n'y a pas perforation, même lorsque le diagnostic est hésitant.

Au commencement de 1895, j'ai été commis par le juge d'instruction à l'effet de faire l'autopsie d'un homme mort à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau. Il s'agissait d'une plaie siégeant dans l'hypocondre gauche et se manifestant seulement par une hernie de l'épiploon à travers la plaie.

Devant le manque de phénomènes généraux indiquant une perforation, le chirurgien appelé crut pouvoir se borner à lier l'épiploon, à le réséquer, et à faire quelques ligatures artérielles. Le lendemain le malade était dans un état inquiétant; il succomba le surlendemain.

A l'autopsie, je trouvai une hémorragie due à la section du méso-côlon, une large perforation du côlon transverse et l'abdomen rempli de matières fécales. Le malade avait donc succombé à une péritonite due à sa perforation intestinale.

J'approuve entièrement la conduite tenue par mon ami, le médecin principal Béchard qui, me remplaçant une nuit, dans mon service à l'hôpital, pour une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau, avec hernie de l'épiploon, intervint et constata qu'il n'y avait pas de perforation intestinale. La plaie était limitée à la paroi; il y avait section du muscle grand droit et hématome assez abondant. Le malade a très bien guéri de sa laparotomie.

La laparotomie simplement exploratrice étant en somme une opération bénigne, et sans danger pour le malade à condition de pouvoir la faire dans de bonnes conditions, je pense qu'on doit la pratiquer dans tous les cas de plaie pénétrante de l'abdomen, lorsqu'on a les ressources antiseptiques et les aides nécessaires.

On n'aura jamais à regretter d'avoir fait une opération inutile, — tandis que les conséquences de la non-intervention peuvent être mortelles.

P.-S. — Avant d'avoir envoyé cette note, j'ai été appelé ce matin même, 12 mars, à l'hôpital pour un homme ayant une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau portant dans la fosse iliaque droite au niveau de la région inguinale. Je vois le malade huit heures et demie après l'accident. Il ne présente aucun signe de perforation; il a émis des gaz et est allé du corps spontanément. Ventre plat. Facies bon. Le blessé répond facilement aux questions. Pouls 88. Il y a hernie de l'épiploon. Je fais une laparotomie exploratrice sous-ombilicale et constate un épanchement de sang et de matières dans l'abdomen; il y a quatre perforations

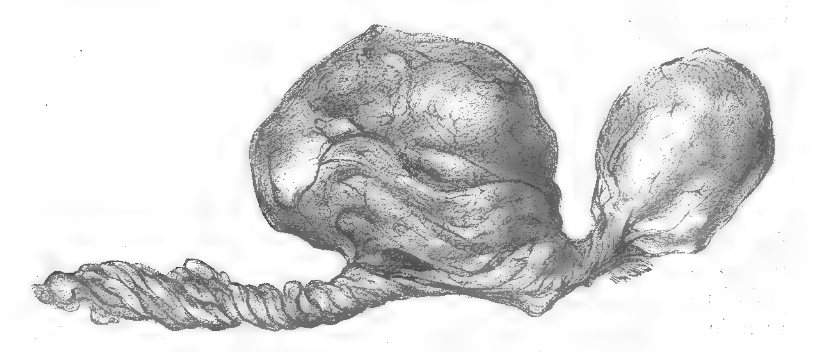
de l'intestin grêle et deux du mésentère, pour lesquelles je fais les sutures nécessaires. Je place ensuite un drain dans le bassin.

Ce fait confirme l'opinion émise plus haut sur la nécesssité d'intervenir, même dans les cas où les signes de perforation manquent.

A l'occasion du procès-verbal.

Torsion du grand épiploon.

M. Tuffier. — Je crois que M. Guinard nous a dit que ces torsions de l'épiploon n'existaient que dans les hernies. Je ne crois pas à ce processus univoque, et voici une observation qui démontre que des tumeurs de l'épiploon peuvent s'accompagner de torsion.



J'ai opéré, le 20 décembre 1905, une jeune femme de vingt-trois ans entrée à Beaujon, salle Jarjanay, n° 2, pour une tumeur apparue brusquement dans le bassin, un mois avant son entrée, à la suite d'une chute dans un escalier. La tumeur était du volume des deux poings, médiane arrondie légèrement mobile en tous sens, et répondant aux caractères classiques d'une tumeur de l'épiploon, elle était inaccessible par le toucher vaginal d'ailleurs négatif. Et le seul symptôme fonctionnel notable était une constipation opiniâtre. La laparotomie me fit constater, une *torsion de l'épiploon* auquel pendaient *superposées de bas en haut trois kystes hydatiques* (figure ci-dessus). Le premier, volumineux, fixé dans le grand bassin, le second, plus petit, ayant un pédicule tordu qui le reliait au premier. J'estime à quatre le nombre des spires, le troisième au-dessous de l'estomac relié au second par un pédicule plus court, environ un tour de spire. Voici le dessin de la pièce.

J'ai reséqué la totalité du grand épiploon, puis l'ovaire droit qui contenait greffé à un autre kyste hydatique et ma malade a parfaitement guéri.

Épiploïte herniaire avec torsion intrasacculaire du pédicule.

M. Mauclaire. — Voici le résumé de l'observation dont j'ai parlé dans la dernière séance. La hernie inguinale droite chez le malade datait de treize ans; elle était en réalité moyennement volumineuse et facilement réductible. Brusquement, apparurent des symptômes rappelant l'épiploïte herniaire. Ces troubles persistant, je fis au pavillon de chirurgie de l'asile Sainte-Anne une intervention qui me permit de constater, dans le sac herniaire, un épiploon tordu de gauche à droite suivant un tour et demi. Il n'était pas étranglé ni adhérent au niveau de l'anneau inguinal. La torsion siégeait un peu au-dessous de l'anneau qui était très large. Les adhérences de l'épiploon au fond du sac paraissaient secondaires à la torsion, car elles étaient très légères et molles. L'épiploon réséqué contenait de nombreuses hémorragies interstitielles. Un léger taxis avait été fait au début des accidents.

Cette observation a déjà été publiée dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* (mai 1904), et les pièces ont été présentées ici (novembre 1903). C'était le vingt-neuvième cas rapporté. Depuis, plusieurs autres faits semblables ont été publiés dans la littérature étrangère.

J'ai essayé de reproduire cette torsion épiploïque et intra-abdominale chez le cobaye; mais, même en fixant la torsion, je ne retrouvai plus qu'une bride fibreuse ne présentant plus de torsion apparente.

Sigmoïdite.

M. Sieur. — Je vous demande la permission de vous communiquer deux cas de sigmoïdite que j'ai eu l'occasion d'observer à leur début, et chez lesquels la guérison a pu être obtenue sans intervention.

I. — Mon premier malade était un officier de cavalerie, âgé de quarante-cinq ans, et sans passé pathologique notoire. Très robuste et très actif, il servait en Algérie depuis dix ans, et il y avait contracté quelques accès palustres, et avait été atteint, au cours de manœuvres, de dysenterie bénigne.

Il vient nous consulter en novembre 1903 pour une douleur fixe, localisée à la fosse iliaque gauche, à hauteur d'une ligne horizontale réunissant les deux épines iliaques antérieures et supérieures et en dehors du muscle grand droit gauche. Cette douleur s'est développée peu à peu, sans que le malade puisse invoquer une cause précise, à moins, dit-il, qu'elle ne se rattache aux quelques troubles gastro-intestinaux qu'il a eus, au mois de septembre précédent, au cours des manœuvres. D'abord sourde, elle a pris ces derniers temps un tel caractère d'acuité qu'il lui est impossible, étant à cheval, de faire du trot, et à plus forte raison du galop, tant est pénible le ballottement de la masse intestinale qui s'exécute au cours de ces deux exercices. La douleur est également accrue par la marche, et le malade nous raconte qu'il est pris brusquement de coliques qui l'obligent à s'arrêter, à porter la main sur le côté gauche du ventre et à attendre quelques secondes que les gaz ou les matières aient franchi le point douloureux. Il n'a pas de constipation à proprement parler, et, bien qu'elles soient pénibles, les selles et les émissions de gaz sont toujours suivies d'une diminution des symptômes douloureux.

L'état général du malade s'est peu modifié; son appétit est cependant moins bon; il dort moins bien, et tous les soirs il est pris, pendant une demi-heure, d'une sorte de petit frisson qui lui est très désagréable et ne ressemble en rien au frisson précurseur d'un accès palustre, attendu qu'il est rarement suivi des stades de chaleur et de sueur. La température, prise à diverses reprises, n'a d'ailleurs jamais dépassé 37°5 au cours du plus fort malaise.

L'examen des selles montre que les matières sont aplaties et renferment un peu de sang mélangé à des glaires assez abondantes.

L'examen du ventre est difficile à pratiquer du côté gauche, tant est vive la douleur provoquée par une pression un peu profonde. Tous les signes douloureux sont localisés à gauche, sur le trajet du gros intestin et à hauteur de l'épine iliaque antérieure et supérieure correspondante. La sonorité y est moins développée que dans les autres parties de l'abdomen, et on circonscrit par la palpation une sorte de bloc ayant le volume du poing, auquel on peut imprimer quelques mouvements de latéralité et qui paraît constitué par une affection du gros intestin avec adhérences de l'épiploon et des anses grêles voisines.

Il est, en effet, difficile de se rendre exactement compte de sa composition, et, dans tous les cas, il n'existe aucune tuméfaction, ni aucune douleur en arrière, du côté de l'espace costo-iliaque, et les fonctions vésico-rénales s'exécutent normalement. Toucher rectal négatif.

Nous avons revu notre malade tous les huit jours, et, au bout

d'un mois et demi, lorsqu'il nous quittait pour rentrer en France, les coliques avaient à peu près disparu, et comme la défense musculaire était moindre, on sentait alors profondément sur le trajet du gros intestin une induration dont la pression était douloureuse, mais dont le volume était loin de rappeler le bloc et l'empâtement des premiers jours. Ayant observé pendant quelques mois encore un repos relatif et conservé son traitement, le malade voyait disparaître peu à peu tous ses troubles.

Il avait été vu, entre temps, par M. Lejars qui voulut bien confirmer notre diagnostic de sigmoïdite.

J'ai eu de ses nouvelles ces jours derniers, c'est-à-dire deux ans après le début de son affection, et il m'affirme que depuis les premiers mois de l'année 1904, il n'a plus éprouvé le moindre malaise.

II. — Notre second malade est un gendarme indigène, âgé de trente-cinq ans, dans les antécédents duquel nous relevons une fièvre typhoïde, en 1895, et, depuis quelque temps, des crises de coliques fréquentes avec constipation.

Quand il entre dans notre service à l'hôpital du Dey, le 23 février 1905, il nous raconte qu'il n'est pas allé à la selle depuis six jours. De fait, son ventre est globuleux, surtout au niveau de la région hypogastrique, et sa tension est suffisante pour rendre impossible l'exploration des organes profonds. Tympanisme assez peu prononcé sur tout le trajet du gros intestin, ne masquant ni la matité du foie, ni celle de la rate ; matité dans la région hypogastrique ne tenant pas à la réplétion de la vessie, qui est vide.

Le pouls est régulier ; le facies est pâle, un peu tiré, la langue blanche sans fétidité de l'haleine, et il n'y a ni nausées, ni douleurs abdominales bien vives. Quant à la température, elle dépasse à peine 37 degrés.

Un grand lavement huileux amène une débâcle très abondante, et l'on peut alors constater sur le trajet de l'S iliaque, qui est très mobile, une tuméfaction douloureuse à la pression, faisant corps avec l'intestin et qui a le volume d'une grosse mandarine. En aucun autre point, on ne sent de nodosités, et il n'existe aucune induration ganglionnaire. Rien d'anormal au toucher rectal.

L'examen des selles suivantes montre qu'elles sont aplaties, glaireuses, et quelquefois teintées de sang.

On maintient le malade au repos absolu, on applique sur le ventre un large enveloppement humide et on administre chaque jour deux grands lavements huileux.

Peu à peu les selles se régularisent, deviennent normales de composition et d'aspect, en même temps que l'induration intestinale diminue de volume et devient moins sensible.

Au bout de deux mois, lors du départ du malade en convalescence, les fonctions intestinales sont absolument normales, mais comme il persiste encore un peu de sensibilité et d'induration au niveau de l'S iliaque, nous recommandons au malade de surveiller son régime alimentaire et de continuer les grands lavements huileux pour entretenir la régularité des selles.

L'état général s'était notablement amélioré, et, en deux mois, le poids de notre malade avait augmenté de 4 kilogrammes. Comme il devait revenir à l'hôpital si la lésion intestinale était le point de départ de nouveaux accidents, nous avons tout lieu de croire que la guérison s'est maintenue et qu'il s'agissait là encore d'une lésion inflammatoire du gros intestin.

Ces deux faits sont suffisamment précis par eux-mêmes pour nous dispenser d'un long commentaire.

Le diagnostic, en effet, ne saurait être mis en doute en raison de l'évolution suivie par la maladie, mais je dois reconnaître qu'au début, c'est à l'existence d'un néoplasme que nous avions pensé. Chez notre premier malade, les accidents inflammatoires ont eu, à un moment donné, une telle acuité que la formation d'une collection purulente s'en serait suivie s'il n'avait été condamné au repos et soumis à une surveillance attentive. La difficulté qu'on éprouvait à faire une exploration profonde, l'étendue de la zone envahie et douloureuse, en l'absence de toute rétention fécale, montrent que l'inflammation avait déjà franchi les limites de la paroi intestinale. Aussi pensons-nous que si l'on est appelé dès le début auprès de semblables malades, il y a tout intérêt à les suivre de très près pour pouvoir établir un diagnostic certain et hâtif, afin de leur appliquer le traitement rationnel qui doit en découler.

Communications.

BOTRYOMYCOSE HUMAINE (*cinq observations inédites*),

par M. ANTONIN PONCET.

J'ai eu la bonne fortune, assistant à la dernière séance de la Société de chirurgie, de voir présenter par M. Thiéry, des moulages très artistiques, de lésions botryomycosiques des doigts, de la paume de la main, des orteils, etc., et par M. Charles Lenormant, deux belles photographies des mêmes lésions.

Je voudrais, à ce propos, vous donner la primeur de cinq

nouvelles observations, dont trois m'ont été fournies par mes collègues, les Drs Bouveret, Vallas, Tixier, et vous présenter quelques considérations relatives à la nature de la botryomycose et à son traitement essentiellement chirurgical.

Voici, tout d'abord, ces cinq faits, avec les photographies, les dessins, exécutés au moment de l'entrée des malades à l'Hôtel-Dieu.

Obs. I. — *Botryomycome de l'éminence thénar gauche.* (Observation de mon ami, le Dr Bouveret.)



Fig. 1. — Botryomycome de l'éminence thénar gauche.

Laurent K..., journalier, tantôt maçon, tantôt jardinier; alcoolique, grand buveur de vin.

Vers la fin de 1904, cet homme âgé de quarante-six ans, a remarqué qu'il avait à la main, à la racine du pouce, une petite grosseur qui le gênait, sans le faire vraiment souffrir. C'était, dit-il, une espèce de durillon plat et blanchâtre, faisant peu de saillie à la surface de la peau.

Au bout de quelques mois apparut un petit bourgeon rouge qui saignait souvent. Un peu plus tard, dans les premiers mois de 1905, les hémorragies étaient assez fréquentes pour gêner le travail; à plusieurs

reprises, le malade dut faire de la compression pour arrêter le sang.

En avril 1905, la tumeur avait le volume d'un gros pois; elle était rougeâtre, un peu mamelonnée, ressemblant à une mûre. Elle était implantée dans le derme par un pédicule large, qu'entourait un épaississement de l'épiderme en forme de collerette. A cette époque, la tumeur fut enlevée une première fois par une simple section du pédicule. Il y eut une petite hémorragie arrêtée par la compression. Dix jours après, la tumeur s'était entièrement reproduite et avait le même volume qu'auparavant. Elle saignait souvent; un simple attouchement provoquait une petite hémorragie en nappe.

En mai 1905, le malade fut amené à la clinique de l'Hôtel-Dieu où il fut opéré par M. Poncet, sous la bande hémostatique. Ablation de la tumeur, par section du pédicule avec des ciseaux plats glissés au-dessous de la masse bourgeonnante. Evidement avec la curette du petit cratère, contenant la base du pédicule. Pansement à plat, avec un petit tampon de gaze iodoformée. Guérison sans un seul pansement. Depuis, la guérison s'est maintenue, la tumeur ne s'est pas reproduite.



FIG. 2. — Botryomycome de la paume de la main.

OBS. II. — *Botryomycome de la paume de la main.* (Observation du Dr Vallas, recueillie par M. R. Leriche, interne des hôpitaux.)

Marie M... trente-deux ans, journalière, entre salle Saint-Paul, n° 8, le 8 mars 1905, dans le service de M. Vallas.

Sans antécédent intéressant, cette femme, qui ne s'occupe que de son ménage, à vu apparaître il y a six mois, spontanément, sans ulcération, ni traumatisme antécédent, une petite tumeur rougeâtre qui a distendu la peau, l'a fait, en quelque sorte, éclater et est apparue au dehors, rouge, très facilement saignante, grosse comme une tête d'épingle. Elle fut arrachée et cautérisée sans succès à deux reprises différentes. « Elle repousse toujours ». C'est pour cela qu'elle entre

dans le service. Cette tumeur est indolore, mais saigne au moindre contact brusque. Elle siège exactement à la racine de l'index, grosse comme une fraise des bois, dont elle a la couleur. Elle a un pédicule mince qui s'enfonce dans le derme. Un sillon blanchâtre, légèrement déprimé, est tout autour de ce pédicule grêle, long de 5 millimètres environ. Elle a un aspect luisant et donne aux doigts qui la touchent une odeur fade spéciale.

Le 10 mai, M. Vallas, l'enlève d'un coup de ciseaux et curette la surface d'implantation qui est représentée par un point rougeâtre, circonscrit par un petit sillon décollé, bordé d'une collerette épidermique blanchâtre.



Fig. 3. — Botryomycome de l'index.

Le 15 mars, la malade quitte le service guérie.

L'examen histologique a été fait par M. le professeur agrégé Paviot qui nous a remis la note suivante : « La lésion est fort probablement purement inflammatoire. Elle a l'aspect d'un gros bourgeon charnu, fibroïde, très vascularisé, recouvert d'une épaisse couche de fibrine concrétée. (Sous réserve, car le fragment envoyé est très superficiel.) »

Un fragment de la tumeur a été inoculé par M. Dor, au laboratoire de M. Poncet. Le lapin inoculé n'a pas présenté de tumeurs botryomycosiques, mais des ulcérations bizarres des deux pattes de devant, dont la catégorisation est difficile.

Le lapin inoculé avec cette tumeur est celui qui a été présenté par Mouriquaud à la Société nationale de médecine de Lyon, décembre, 1905.

Obs. III. — *Botryomycome de l'index gauche.*

A... (Félix), quarante-sept ans, jardinier à Saint-Cyr, au Mont-d'Or, est envoyé à M. Poncet, le 24 juin 1905, par le Dr Fea.

Sans antécédent intéressant, cet homme a vu son affection actuelle débuter, *il y a un mois*, par une *sensation de piqûre*, au niveau de *la*

face palmaire de l'index. Cette sensation de piqûre était accrue par la pression locale.

Il n'a le souvenir d'aucun traumatisme, d'aucune piqûre antérieure de près ni de loin.

Gêné par cette sensation persistante, le malade a essayé à plusieurs reprises d'extraire avec une épingle un corps étranger hypothétique. A partir de ce moment, la lésion intra-dermique se montra sous la forme d'un bourgeon saignant, offrant tous les caractères de la botryomycose : *tumeur hémorragique*, cautérisée sans succès à deux reprises par un pharmacien; elle n'a fait que s'accroître.

Elle présente actuellement le volume d'un gros pois et a un aspect caractéristique.

Le 24 juin, M. Poncet l'enlève d'un coup de ciseaux, curette les bords de la collerette et le fond du pédicule.

Guérison sans incident. La plaie s'est cicatrisée rapidement et le malade n'a pas souffert.

La tumeur a été inoculée de suite à un rat. Un fragment prélevé sur le pédicule pour l'examen histologique a montré un tissu fibreux, très vasculaire. A ce niveau, il existe un nombre considérable de microbes présentant tous les caractères du botryocoque (Dor).

Obs. IV. — *Botryomycome siégeant à la face dorsale de la main droite en avant de l'interligne métacarpo-phalangien de l'index* (malade du Dr Tixier. Observation recueillie par M. Latarjet, interne des hôpitaux).

P... (J.-B.), cinquante-sept ans, marié, aucune maladie personnelle. Pas de syphilis. Au mois de juillet 1904, le malade se pique la face dorsale de la main droite à une épine d'aubépine, la piqûre a saigné un peu. Au bout d'un mois environ, il constate, au même endroit, la présence d'une petite excroissance assez consistante, de la grosseur d'une tête d'épingle. Cette petite tumeur, indolente, ne s'accompagna d'aucune réaction inflammatoire: elle prit l'aspect d'une verrue banale.

S'étant un jour heurté la main, la tumeur fut atteinte, et il s'écoula du sang en quantité notable; suivant le récit très précis du malade, l'hémorragie se fit en jet.

Depuis cette date, la tumeur s'est accrue, un peu douloureuse à la pression, saignant facilement.

Le 18 septembre. — Lorsque la malade vient consulter notre maître M. Tixier, on constate, un peu en arrière de l'interligne métacarpo-phalangien droit, une tumeur qui a la grosseur et l'aspect d'une framboise. Arrondie, elle semble jaillir d'un cratère épidermique qui entoure la tête et son pédicule comme d'une collerette surélevée. Lorsqu'on écarte les bords de ce cratère, on constate la forme lisse du pédicule, sa brièveté environ 0,007 millimètres, son adhérence au fond du cratère.

La tumeur, un peu mollasse, est rouge, excoriée, saigne très facilement, elle est peu douloureuse.

Le même jour, sous anesthésie, M. Tixier pratique l'ablation. Incision ovalaire entourant la tumeur et le bourrelet périphérique. Dissec-

tion au-dessus de l'aponévrose. Trois points de suture pour réunir les bords de la peau. Le 24, on enlève les fils. Cicatrisation parfaite.

Obs. V. — *Botryomycome de l'éminence thénar gauche. — Ablation par M. Delore* (Observation recueillie par M. Piollet, chef de clinique chirurgicale).

Mme L..., âgée de cinquante ans, coiffeuse, est envoyée à la Clinique de M. Poncet, par M. Duroux, interne des hôpitaux, qui a fait le diagnostic de botryomycome. Cette femme ne présente pas d'antécédents pathologiques. Elle s'est toujours bien portée.

La petite tumeur de la paume de la main, pour laquelle elle

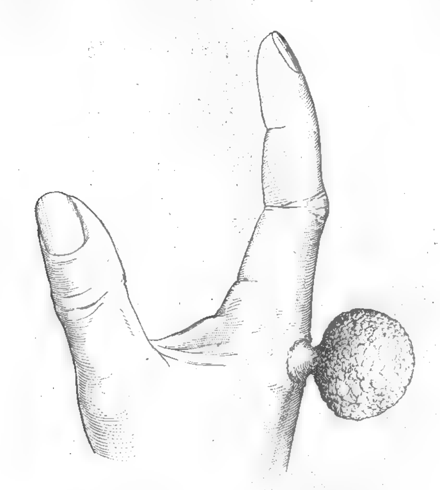


Fig. 4. — Botryomycome du dos de l'index.

réclame des soins chirurgicaux, est apparue spontanément, il y a deux mois et demi environ. Il n'y a eu ni écorchure, ni piqûre, ni traumatisme, professionnel ou autre, à cet endroit.

Au début, il y avait un petit bouton « comme une petite verrue qui voulait sortir », dit cette brave femme. Pas de douleurs, pas de démangeaisons. Peu à peu, cette tumeur augmenta, restant toujours aussi indolore; elle saignait très facilement, pour la moindre écorchure, le moindre choc. Souvent même, la malade faisait saigner elle-même sa tumeur, en la comprimant entre deux doigts, cela afin d'éviter des hémorragies plus fréquentes.

Il y a une quinzaine de jours, la lésion s'infecta et devint douloureuse. Cette femme vint à l'Hôtel-Dieu se faire panser.

A ce moment, il existait au milieu de la région thénar un petit bourgeon gros comme un pois. M. Duroux (interne de M. M. Pollosson), qui vit la malade, nous a dit que ce bourgeon était peu pédiculé et semblait sortir du fond de la région ulcérée.

A ce moment on fit une incision; il ne sortit pas de pus, mais du sang.

Depuis lors, on a pratiqué sur la petite tumeur qui s'est accrue d'autant mieux, des cautérisations répétées au nitrate d'argent, cautérisations assez profondes, et on a fait des pansements secs et aseptiques.

23 novembre 1903. — Actuellement, cette femme présente à la paume de la main gauche, au centre de l'éminence thénar, une lésion très spéciale.



Fig. 5. — Botryomycome de l'éminence thénar, vu de face.

Elle est constituée par une tumeur, grosse comme un gros haricot, de même forme, bilobée, de teinte rosée, avec, par endroits, des traînées grisâtres, qui sont les traces du nitrate d'argent. Cette petite tumeur est nettement pédiculée, et s'attache, par ce pédicule, assez grêle au centre d'une petite ulcération rosée et superficielle, entourée elle-même d'une zone hyperhémiée.

Elle n'est pas douloureuse au toucher; mais quand on veut la soulever, pour bien voir le pédicule, la malade ressent une souffrance assez vive.

Le 24 novembre. — La tumeur est enlevée en totalité, par M. le Dr Delore, d'un coup de ciseaux, ainsi que la peau sur laquelle elle reposait.

Guérison rapide. Pas de récidive depuis l'opération.

Ces cinq observations illustrées sont, on ne peut plus, typiques. Elles sont, comme vous pouvez en juger, aussi démonstratives que celles de MM. Thiéry et Lenormant.



Fig. 6. — Botryomycome de l'éminence thénar, vu de profil.

Cette similitude des botryomycomes est, du reste, telle, au volume près, que, lorsqu'on a observé une tumeur de ce genre, on a vu les autres.

Les signes cliniques de cette affection banale, avec son pédicule, sa forme en champignon, sa vascularité, etc., sont si caractéristiques que le diagnostic en est généralement fait d'emblée. La plupart des sujets que j'ai opérés dans ces dernières années, sont arrivés avec le diagnostic ferme, porté par leur médecin de : botryomycose.

Je n'ai donc rien à ajouter, au point de vue clinique, à la description que nous avions donnés avec mon chef de laboratoire, le Dr L. Dor, lorsque nous avons, pour la première fois, fait connaître la botryomycose humaine au Congrès de chirurgie de 1897, et dans notre *Traité clinique de l'Actinomycose humaine* (Masson, 1898).

Les nombreuses observations publiées depuis lors sont toutes superposables. Le siège seul varie. En dehors de quelques botryomycomes de la lèvre inférieure, de la muqueuse buccale, ce sont surtout les doigts, la paume de la main, etc., qui sont atteints.

Il en était ainsi dans nos cinq dernières observations.

Quatre fois la tumeur est survenue, sans traumatisme, sans blessure, sans aucune cause appréciable. Dans un seul cas, la

lésion a succédé à une piqûre produite par une épine d'aubépine, et cela un mois après l'inoculation.

Nous pensons, cependant, qu'il s'agit toujours d'un infection locale, à la suite d'une excoriation, d'un effritement de l'épiderme, qui ont passé inaperçus, et nous ne saurions admettre une infection par voie vasculaire.

Au point de vue clinique, les tumeurs botryomycosiques sont, nous l'avons dit, bien nettement définies, en est-il de même anatomiquement parlant?

Sur ce dernier terrain, la spécificité semble faire défaut et nous sommes beaucoup plus réservé. Au début de nos recherches nous avions cru pouvoir conclure à l'identité des tumeurs que nous avions observées sur les mains, à celles qui se développent dans certaines circonstances, chez le cheval, en particulier sur le scrotum après la castration, et que les vétérinaires ont décrit sous le nom de : *champignon de castration*, *de botryomycome équine*. Depuis lors, dans de nombreuses observations publiées un peu de tous côtés, en France, à l'étranger, cette identité n'a pas été confirmée et l'on a supposé volontiers que les prétendus botryomycomes n'étaient que de vulgaires bourgeons charnus.

Un fait certain, c'est que si la question est encore à l'étude au point de vue de la structure de ces tumeurs frambœsiformes, et de leur agent pathogène, on ne saurait pour cela les confondre avec les bourgeons charnus habituels. Elles s'en différencient complètement par leur siège, par leur mode de développement, par leur évolution, et aussi par certains caractères anatomiques.

Le botryomycome ne se montre pas au niveau des vieilles fistules, osseuses, articulaires, sur la margelle, des cavités suppurantes, infectées, ou des masses bourgeonnantes, apparaissent souvent, témoignant d'une sorte d'effort anarchique de réparation. On le voit, au contraire, survenir d'emblée, la plupart du temps sans cause appréciable, sans traumatisme, sans effraction du revêtement dermo-épidémique, sur une peau saine, indemne de tout stigmate inflammatoire.

Dès le début, il se développe, si l'on peut dire, à la manière d'un processus infectieux, néoplasique, essentiel, et lorsque la lésion succède à une blessure légère, à une piqûre par exemple, comme dans l'observation V, c'est trois à quatre semaines après l'inoculation que le bourgeon vasculaire émerge à fleur de peau, pour s'accroître dans la suite, plus ou moins rapidement.

La lésion botryomycosique n'a, de plus, aucune tendance à l'épidermisation, à la guérison spontanée. Toutes les applications locales, irritantes et autres, qui triomphent volontiers des bourgeons vulgaires, ne font que leur donner un coup de fouet.

Enfin, tandis que ces derniers sont plus ou moins mous, flasques, de coloration blafarde, les bourgeons de la botrymycose sont, rouges, framboisés, la plupart du temps, d'une extrême vascularité. Suivant la remarque déjà ancienne de mon chef de laboratoire, le Dr L. Dor, les simples bourgeons charnus présentent, dans les vaisseaux néoformés, des thromboses et des processus d'oblitération inflammatoire qui n'existent pas dans les botryomycomes.

Que les éléments anatomiques et leur groupement soient, dans les deux cas, plus ou moins semblables, la remarque est de peu d'importance, elle n'impose pas le moins du monde l'identité de nature.

Ne savons-nous pas combien, en pareil cas, le contrôle histologique seul est sujet à caution? — Cela est si vrai qu'il n'est pas encore possible microscopiquement de distinguer le vulgaire bourgeon inflammatoire des bourgeons, sarcomateux, actinomycosiques, et, cependant, il faut bien reconnaître que ces divers bourgeons ne sont pas de même nature.

Pour le moment, il est sage, dans une question de ce genre, de ne pas demander à l'histologie plus qu'elle ne peut donner. A défaut de la spécificité anatomique, sachons nous contenter de la spécificité clinique, qui est ici indéniable.

Quant à la pathogénie des tumeurs dont nous nous occupons, elle reste encore obscure, mais nous maintenons toujours qu'il existe une grande analogie entre elle et la véritable botryomycose équine (1).

Dans les deux cas, il s'agit de productions primitivement vasculaires et ultérieurement fibromateuses, qui surviennent environ un mois après un traumatisme. Chez le cheval, il se produit aux dépens de certaines cellules des productions, kératinisées, arrondies, qui s'éliminent et que l'on a appelées des botryomyces parce qu'on a cru, au début, que ces productions étaient des parasites. Chez l'homme on observe, dans certains cas, lorsque les tumeurs sont un peu anciennes, l'apparition d'amas mûriformes qui sont plus petits il est vrai que les botryomyces et

(1) Dans un intéressant article des *Archives générales de médecine* du 2 août 1904 : *Botryomycose animale et botryomycose humaine. Champignon de castration et botryomycose*, M. Ball, professeur d'anatomie pathologique à l'École vétérinaire de Lyon, n'est-il pas arrivé aux conclusions suivantes :

« Il résulte de l'état actuel de nos connaissances que la botryomycose est une affection tout à fait particulière et de nature microbienne.

« La botryomycose est une staphylococcose spéciale.

« Au point de vue anatomo-clinique, les tumeurs botryomycosiques ont des caractères *sui generis*; aussi est-il logique de leur reconnaître un agent spécifique. Nous avons vu que des recherches bactériologiques avaient été

qui n'ont pas les mêmes réactions colorantes, qui sont constitués par une dégénération hyaline de certaines cellules au lieu d'une dégénérescence kératoïde et ces grains ne sont jamais assez nombreux pour qu'ils puissent caractériser le processus alors que chez le cheval les botryomyces sont quelquefois en nombre considérable et qu'ils frappent l'observateur...

Le traitement des botryomycomes doit être exclusivement opératoire.

Les applications de caustiques, les cautérisations, entre autres, avec le crayon de nitrate d'argent, les badigeonnages avec la teinture d'iode, etc., ne font qu'espérer la néoplasie. Elles donnent un coup de fouet à la lésion qui s'accroît et devient encore plus hémorragique.

A quel genre d'opérations faut-il recourir? Tout simplement, comme nous l'avons fait bien des fois, à l'excision du pédicule de la tumeur avec des ciseaux courbes sous le plat, glissés au-dessous de la masse bourgeonnante, puis à la destruction de la base, du pied du pédicule, racine, si l'on veut, mais racine superficielle, non ramifiée, avec la curette.

Cette petite opération, après laquelle nous n'avons jamais observé de récidive se fait sous la bande hémostatique qui, en supprimant toute hémoragie, permet de faire une éradication très complète des tissus pathologiques.

Le pansement est ensuite un pansement à ciel ouvert, il comprend un tamponnement de la plaie avec un chiffon de gaze iodoformée, maintenu par une bande d'ouate aseptique et quelques tours de bande.

Voici, en terminant, des aquarelles, des photographies de nombreux botryomycomes. L'une de ces aquarelles remonte à 1890; elle représente le premier botryomycome que j'ai observé.

Ce pansement, à moins de douleurs consécutives ou d'accidents quelconques, sera laissé en place pendant huit à dix jours. La guérison est alors complète après un seul pansement.

entreprises dans le but d'établir l'existence d'un microbe spécifique, le botryocoque.

« Que l'affection soit une botryococcose ou une staphylococcose particulière, elle n'en constitue pas moins une entité pathologique.

« Le *botryomyces* est une formation qui apparaît, plus ou moins tardivement, dans les tumeurs botryomycosiques.

« Les amas mûriformes du cheval nous paraissent être de nature cellulaire. Les boules sont le résultat de la dégénérescence botryosique. Par conséquent, le terme de botryomycose est inexact, car la maladie n'est pas une mycose.

« *Enfin, nous dirons, avec MM. Poncet et Dor, qu'il existe chez l'homme une affection qui, au point de vue anatomo-pathologique et bactériologique, présente une grande analogie avec la botryomycose animale.* »

L'amputation d'une couronne de peau entourant le pied du pédicule, amputation terminée ensuite par deux ou trois points de suture, est plus longue, plus douloureuse.

Nous l'avons employé chez nos premiers malades, mais aujourd'hui nous donnons la préférence à la précédente, après laquelle aucune récidive plus ou moins éloignée n'est survenue.

Plaie du cœur. Plaie pénétrante du ventricule gauche. Suture. Guérison,

par M. QUÉNU.

Les observations de sutures pour plaies du cœur se sont multipliées depuis l'époque où Farina en 1896 accomplit sa première opération chez l'homme. L'an dernier (1905) un interne des hôpitaux de Paris, M. Lemaître, en avait réuni 33 cas. Tout dernièrement Lindner est arrivé au chiffre de 63, avec 23 guérisons. Il ne me paraît pas inutile d'ajouter deux observations nouvelles à celles qui ont paru : je dois l'une à M. Savariaud, l'autre m'est personnelle. Voici d'abord cette dernière.

Le 15 février matin à neuf heures moins un quart, on transporta d'urgence à l'hôpital Cochin une jeune femme de dix-neuf ans qui, un peu plus d'une heure auparavant (7 h. 1/2), s'était volontairement donné un coup de couteau dans la région du cœur.

Voici ce couteau, dont la lame triangulaire mesure 10 centimètres de long et qui n'est qu'un de ces vulgaires petits couteaux de cuisine avec lesquels on épluche les légumes.

Elle perdit immédiatement connaissance et ne revint à elle qu'installée dans la voiture d'ambulance.

Lorsque j'arrivai à l'hôpital, vers neuf heures et demi, la blessée était entre les mains de ma surveillante en train de la savonner et de la nettoyer. Elle avait toute sa connaissance, n'éprouvait aucune gêne respiratoire, le teint à peine pâli, mais les muqueuses labiales plutôt cyanosées. Elle prétend n'avoir que très peu enfoncé le couteau dans sa poitrine et répond d'une facon très précise à ce qu'on lui demande.

A l'extrémité interne du 3e espace intercostal gauche on constate une petite plaie verticale, longue de 1 centimètre et demi, ne donnant lieu à aucun saignement. Les extrémités sont froides, la température axillaire est de 34°8, la température vaginale de 37°2.

On ne sent pas les pouls radial, fémoral ou carotidien. Les battements du cœur, au nombre de 120, sont faibles et très sourds, mais réguliers.

La matité précordiale est augmentée.

La respiration est ralentie.

Injection sous-cutanée de caféine.

Un peu trompé par l'absence des signes de grande hémorragie, j'hésitais encore à intervenir, lorsque dix minutes après on vint me prévenir que l'état s'aggravait. L'oppression est soudainement apparue, la respiration est faible, le visage présente des marbrures bleuâtres; il survient même une syncope respiratoire de faible durée. La malade toute préparée à côté de la salle d'opération est apportée sur le lit d'opération à dix heures.

On donne un peu de chloroforme avec le Roth-Dräger (5 gr.) et je procède à l'ouverture du thorax avec l'assistance de mon collègue Duval et de mon interne Sauvé. Lambeau à charnière externe. L'incision parallèle au bord sternal, à 1 centimètre de ce bord, suit le 2e espace intercostal en haut, le 5e en bas. Je coupe les 3e, 4e et 5e cartilages costaux, puis les espaces intercostaux 2 et 5 et fais soulever ce volet externe par un aide. Je n'ai pas pris la peine de rompre les côtes extrêmes (1). La plèvre a été ouverte, je n'y prête guère attention. La cavité pleurale ne renferme que peu de sang, mais le péricarde, lui, est distendu, et dès que j'agrandis la plaie péricardique, un flot de sang noir tombe dans la cavité pleurale. Nous apercevons sur la face antérieure du ventricule gauche, à sa partie supérieure, une plaie par laquelle sort du sang rouge. A ce moment le chloroformiste a dû suspendre l'anesthésie : la respiration n'existe plus qu'à intervalles éloignés, la pupille est dilatée, le facies livide, les contractions du cœur ne consistent plus qu'en de faibles ondulations. Pendant qu'on pratique la traction rythmée de la langue, nous cherchons à empaumer le cœur qui nous glisse trois fois des mains, nous parvenons à bien le saisir et à l'amener hors du thorax.

Je place 2 points de suture séparés (fils de lin fin) avec la fine aiguille de Reverdin. Je lâche le cœur qui d'abord animé de simples trémulations se remet à battre régulièrement. Les mouvements respiratoires reprennent et nous assistons à une véritable résurrection, le teint violacé redevient rose, la malade remue et se plaint. La large plaie du péricarde est suturée au fil par points séparés, après que la cavité péricardique a été débarrassée de tout le sang et que nous nous sommes assuré que rien ne suinte plus. Toilette de la cavité pleurale : le poumon est ratatiné contre la colonne vertébrale. Suture des cartilages costaux et suture totale de la plaie, sans drainage ni de la plèvre ni du péricarde. Suture de la plaie faite par le couteau. En terminant, nous faisons l'aspiration de l'air pleural avec l'appareil Potain. L'opération a duré en tout 25 minutes. Immédiatement après l'opération nous observons un ralentissement du pouls (60).

Injection de 500 grammes de sérum. Une demi-heure après l'opération, le pouls est à 115. Un peu de dyspnée.

Sept vomissements dans la journée.

(1) Ni la 4e. Nimier a agi de même pour une plaie du ventricule droit. Le volet thoracique a été maintenu relevé sans qu'il y ait eu besoin de sectionner aucune côte (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, mars 1906, n° 3).

400 grammes d'urine le soir; pouls à 124. Température, 37°4.

Le lendemain de l'opération, 16 février, un peu de dyspnée. La respiration s'entend peu à gauche. M. Duval fait une ponction avec le fin trocart de l'appareil Potain et ne retire que de l'air.

Injection de 250 grammes de sérum.

Température le matin, 36°9; le soir, 37°9. Pouls à 124.

Respiration, 34 le matin, 44 le soir; urines, 700 grammes.

Le 17 février : matin, temp., 36°8; pouls, 118; respiration, 38. Soir, temp., 37; pouls, 120; respiration, 34.

Urines, 600 grammes.

Le 18 février, la dyspnée persistant, on fait une nouvelle ponction avec l'appareil Potain; on retire un peu de sang très rouge. Cette ponction a fatigué la malade.

Le matin, temp., 37°5; pouls, 116; respiration, 28. Le soir, temp., 37°3; pouls, 124; respiration, 42.

Urines, 600 grammes.

Le 19, grande amélioration du côté respiratoire.

La malade se nourrit bien; fonctions intestinales régulières.

Temp., 37°7 et 37°3; pouls, 120 et 106; resp., 30 et 24.

A partir du 19, la température est à peu près normale, sauf un soir (le 22) où elle monte à 37°8.

La respiration oscille entre 25 et 32 par minute.

Le pouls demeure invariable à 110 entre le 20 et le 24, puis tombe 102 et 104 du 24 au 27.

Le 24 février, on enlève les fils. Etat général parfait.

Le 27 après-midi, malgré les objurgations de mon interne, du directeur de l'hôpital, la malade veut sortir à tout prix de l'hôpital et rentrer chez elle. Elle s'habille seule, gagne la voiture, et se fait monter au cinquième étage où elle habite.

Le 6 mars, mon interne, M. Sauvé, va visiter la malade qui vient elle-même lui ouvrir la porte.

L'auscultation du cœur ne décèle pas le moindre frottement; les battements sont encore assez fréquents. L'auscultation du poumon gauche permet d'entendre le murmure vésiculaire quoique affaibli. La percussion donne également moins de sonorité.

Depuis son départ de l'hôpital, la malade est restée couchée; à la suite d'écarts de nourriture, elle a eu une indigestion le 26 février, mais aucun trouble du côté de la respiration. Pas de fièvre.

M. Sauvé a bien voulu revoir encore la malade hier, 13 mars.

Le pouls ne marque plus que 100, le rythme est normal. Aucune sensation douloureuse précordiale; auscultation négative. Elle se plaint seulement d'un point de côté à la base gauche.

L'examen du poumon décèle une submatité très appréciable à la base gauche, une diminution du murmure vésiculaire à ce niveau. Pas de fièvre; appétit excellent; mais la malade supporte mal la station verticale.

La simplicité des suites a été remarquable dans cette observa-

tion. L'état général a été tel dès le troisième jour que nous avons pu concevoir les plus grandes espérances sur le résultat définitif. Le treizième jour, l'opérée était en état de se lever, de s'habiller seule, et de faire quelques pas.

Malgré les mauvaises conditions de soins et d'hygiène dans lesquelles elle s'est placée, à sa volontaire sortie de l'hôpital, la malade a récupéré peu à peu ses forces.

Néanmoins, malgré l'absence de fièvre et de tout symptôme infectieux du côté pleuro-pulmonaire, à partir de l'opération, il reste encore quelque chose du côté de la plèvre; tandis que l'auscultation du cœur est absolument négative, celle du poumon gauche révèle encore une obscurité du murmure vésiculaire et un affaiblissement de la sonorité.

Il me paraît intéressant de faire suivre cette observation de l'observation inédite suivante que m'a confiée mon collègue et ancien interne Savariaud. Chez sa malade, il s'agit non plus d'une plaie du ventricule gauche, mais d'une plaie du ventricule droit par stylet. La blessure remontait à deux heures et demie.

I. — *Plaie pénétrante du ventricule droit suture de la perforation. Mort d'infection pleuro-péricardique probablement consécutive à une double broncho-pneumonie suppurée.* (Observation rédigée à l'aide des notes de MM. Bouchot et Klein, internes des hôpitaux).

Alice P..., dite « la Pâlotte » trente-cinq ans? est amenée le 13 février 1904 à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Monod, dans un état voisin de la mort. Elle est exsangue, en état de syncope, les agents qui l'amènent racontent qu'elle a été frappée d'un coup de stylet aux environs de la place Daumesnil et que, dans le trajet, elle a perdu beaucoup de sang.

On aperçoit un peu au-dessous et en dedans du mamelon gauche une plaie rectiligne et linéaire d'environ 1 cent. 1/2, à peine béante. Actuellement, l'hémorragie est arrêtée. La malade est dans la résolution complète, les yeux fermés, le réflexe conjonctival presque aboli. Le *pouls ne peut être perçu, non plus que le choc de la pointe du cœur.* La respiration est calme quoique faible. La percussion et l'auscultation ne révèlent aucun signe d'épanchement, pas plus dans le thorax que dans l'abdomen.

Pansement aseptique après lavage à l'alcool. Injection d'éther, injection de sérum (300 grammes).

A mon arrivée à 3 heures du matin (l'accident remontant à minuit et demi), la blessée vient d'avoir une violente attaque d'agitation. Actuellement elle ne bouge plus, elle est couchée en chien de fusil, la tête dans ses oreillers. Elle est froide sans pouls, ne répond plus aux questions. Les battements du cœur ne sont pas perçus. En présence de ces symptômes je confirme le diagnostic de plaie pénétrante du cœur qui a été porté par les internes et je fais porter immédiatement la blessée à la

salle d'opération. Arrivée là elle ouvre les yeux et pousse quelques gémissements.

Opération. — Quelques gouttes de chloroforme suffisent à obnubiler la sensibilité. Désinfection du thorax (malade dans un état de saleté repoussant, odeur de souris comme en ont les malades atteints de favus). Grande incision courbe encadrant la mamelle et la blessure, tangente au sternum. Section du grand pectoral, section de trois cartilages costaux. Décollement pleural, renversement du lambeau en dehors, section des côtes supérieure et inférieure, fracture de la côte intermédiaire. Plèvre ouverte en deux ou trois endroits. Pneumothorax total, mais pas de sang dans la plèvre. Médiastin infiltré de sang derrière le sternum. Cul-de-sac pleural récliné. Pinces en cœur sur les perforations pleurales. Péricarde tendu, noirâtre. Je cherche avec le doigt la perforaion péricardique qui était bouchée par un caillot et qui laisse passer l'index. Ouverture agrandie aux ciseaux. Bords saisis avec des pinces. Hémorragie très abondante, jets de sang noir à 4 ou 5 centimètres, indiquant une plaie du ventricule droit. Le cœur est extrait du péricarde et maintenu avec la main gauche; il est petit et graisseux, il se contracte énergiquement. La respiration reprend malgré le pneumothorax. Le cœur étant bien fixé, je passe un premier catgut n° 2, puis deux autres, ces derniers non perforants. Dès qu'ils sont noués, l'hémorragie cardiaque est arrêtée. Suture du péricarde après ablation des caillots. Suture de la plèvre par un surjet. Réapplication du lambeau costal qui est maintenu par trois points réunissant les muscles intercostaux. Surjet de crin sur la peau. Ponction de la plèvre et aspiration du pneumothorax avec l'appareil de Potain. Durée de l'opération trente-cinq minutes.

Suites opératoires. — Sitôt l'opération terminée, la blessée revient à elle et commence à se plaindre. Elle se réveille tout à fait pendant le pansement et se plaint qu'elle étouffe et qu'elle est trop serrée. Le pouls est complètement revenu.

Le 13 *février* au matin, temp., 36 degrés. Pouls bien frappé, régulier avec quelques intermittences, à 104. La malade est un peu agitée, anxieuse et paraît respirer avec difficulté. Elle est vue à 10 heures par M. le Dr Monod, chef du survice, qui prescrit 2 centigrammes de morphine dans les vingt-quatre heures, afin de calmer l'éréthisme cardiaque. Le soir temp., 38. Pouls, 110, la respiration est plus calme.

Le 14 au matin, temp., 37°6. Poul 108 bien frappé, quelques intermittences. La malade se plaint de tousser et on entend à l'auscultation de gros râles qui emplissent la poitrine; quelques râles fins aux bases. Ventouses, potion calmante, on continue la morphine.

Le 15, temp., 38°4. Pouls 108. La malade tousse fréquemment et expectore des crachats opaques. A l'auscultation, la respiration prend un timbre soufflant *surtout à droite.* Les râles fins et gros augmentent d'étendue des deux côtés (l'acétate d'ammoniaque dans une potion de Todd).

Les 16 et 17. Mêmes symptômes : la fièvre étant plus marquée, l'extrémité inférieure de l'incision thoracique est désunie, le surjet

décousu et, à travers les lèvres de la plaie, on glisse jusque dans la plèvre un gros drain qui donne issue à un peu de liquide séro-purulent. La congestion broncho-pulmonaire conserve ses caractères.

Les 18, 19, 20 *février*. État général semblable. Les crachats deviennent franchement purulents et le poumon *droit* laisse entendre à l'auscultation, surtout dans sa partie supérieure, un souffle tubaire rude, qu'accompagne une pluie de râles sous-crépitants.

Du côté gauche, petite matité de quatre travers de doigt à la partie inférieure : souffle amphorique à la partie supérieure. Le pouls perd de sa régularité, il monte le 20 février à 132 par minute. La température reste voisine de 39 degrés. La plaie thoracique donne issue à du pus qui se draine à la partie inférieure et nécessite deux pansements par jour.

Les 21, 22, 23 *février*. L'état devient assez précaire. La malade tousse continuellement, se plaint beaucoup et crache abondamment. Signes stéthoscopiques identiques. La broncho-pneumonie droite paraît avoir gagné du terrain. Le pyo-pneumothorax gauche reste stationnaire.

La matité inférieure monte vers l'angle supérieur de l'omoplate. La question de la pleurotomie est discutée, mais comme la malade évacue une grande quantité de pus par sa plaie, comme d'autre part elle est profondément infecté et d'une faiblesse extrême, on rejette l'intervention, peut-être à tort.

Les 24, 25, 26, l'affaissement augmente. L'agitation est grande. La température baisse vers 38 degrés et le pouls devient même plus régulier, il est bien frappé et n'a plus d'intermittences, tout en restant très fréquent (120). Du côté de la plèvre, suppuration toujours abondante et qui devient d'une *fétidité extrême*. Les bords de la plaie sont sphacelés, la toux est extrêmement fréquente, les crachats très épais, abondamment purulents et d'une fétidité incommodante pour les autres malades et qui envahit toute une partie de la salle.

Le 27, à partir de minuit, la faiblesse est extrême, le délire marqué, le pouls devient rapide et très petit, et à 4 heures du matin la malade succombe. Elle a survécu exactement quatorze jours.

Autopsie. — L'autopsie a été faite à la Morgue, par MM. Brouardel et Socquet. En dehors du pyo-pneumothorax gauche on a trouvé une péricardite purulente que rien n'avait fait soupçonner pendant la vie. Malgré l'existence d'un épanchement purulent dans le péricarde, la plaie cardiaque était réunie. Sa présence n'était révélée à la surface du cœur que par une petite dépression siégeant au voisinage de la pointe sur le ventricule droit. Aucune particularité ne signalait sa présence à la face interne du ventricule. Un stylet fin enfoncé au niveau de la cicatrice n'a pénétré dans le ventricule que par effraction. Les poumons présentaient les lésions de la broncho-pneumonie suppurée.

En résumé, cette malade qui avait sans doute une santé un peu délicate, ainsi que l'indiquait son surnom de « Pâlotte », paraît avoir succombé à une infection pulmonaire double qui s'est propagée à la plèvre et au péricarde. Peut-être ces deux cavités furent elles infectées pour

leur propre compte au moment de l'intervention. En tout cas, il est intéressant de voir la plaie cardiaque se cicatriser dans des conditions aussi défavorables. Il est regrettable qu'une large pleurotomie n'ait pas été pratiquée en temps et lieu à la partie déclive de la plèvre. Je l'aurais certainement tentée si j'avais pu suivre mon opérée, que des circonstances indépendantes de ma volonté m'avaient empêché de surveiller moi-même.

Ainsi qu'on vient de le voir dans cette observation, M. Savariaud a eu recours également au volet à charnière externe de Fontan; il ouvre la plèvre, trouve le péricarde rempli de sang, extrait le cœur de son sac, et place trois catguts sur la plaie cardiaque. Il suture le péricarde, la plèvre et le lambeau, fait l'aspiration de la cavité pleurale. Durée trente-cinq minutes.

Au siège près de la blessure, nos deux observations semblent calquées l'une sur l'autre.

Les suites ont été différentes.

Dès le lendemain, la température monte à 38, puis à 38,5, et atteint 39 et 39,6.

Le quatrième jour, l'auscultation révèle des râles surtout à droite.

Le sixième jour, on est conduit à placer un drain dans la cavité pleurale gauche; il s'en écoule du liquide séro-purulent. La malade succombe le quatorzième jour.

A l'autopsie faite à la Morgue, on constate la réunion de la plaie cardiaque, l'existence d'un épanchement purulent dans le péricarde, et celle d'un pyopneumothorax dans la plèvre gauche.

La mort paraît avoir été le résultat d'une infection pulmonaire propagée à la plèvre et au péricarde. A ce point de vue, l'observation de M. Savariaud se rapproche de la plupart de celles dans lesquelles la mort a été tardive.

Dans les seize cas de mort tardive qu'analyse Lemaître dans sa thèse, en effet, la broncho-pneumonie est signalée une fois, la pleurésie purulente douze fois, la péricardite purulente associée ou non à la pleurésie, trois fois.

L'infection pleurale est donc la complication secondaire essentielle des opérations sur le cœur. Quels sont les facteurs de cette infection pleurale?

Assurément, l'état de l'arme, le nettoyage insuffisant de la peau dans la hâte de l'intervention, tout cela doit entrer en ligne de compte, mais il nous paraît aussi évident que l'état d'atélectasie du poumon, qui laisse une cavité où s'accumulent et stagnent les liquides, doit jouer le plus grand rôle.

Le drainage de la plèvre est insuffisant à éviter ces accidents. Terrier et Reymond le faisaient déjà observer dans leur rap-

port au Congrès de chirurgie en 1902. Un grand nombre d'observations sont venues démontrer le bien fondé de ces remarques, et condamner le drainage primitif de la plèvre ou du péricarde, qu'on le fasse avec des drains ou avec des mèches.

Pour nous, l'atélectasie pulmonaire, par les altérations pulmonaires qu'elle entraîne, et par la cavité qu'elle détermine, est un grand facteur d'infection pleurale. Et ce qui semble le prouver, c'est précisément que l'absence de drainage primitif de la plèvre ait donné des résultats infiniment meilleurs que le drainage. Quand on ne met pas de drain, en effet, l'air qui occupe la cavité pleurale peut être résorbé en partie au bout d'un certain temps. A cette résorption correspond un déplissement proportionnel du poumon. C'est dans ce but qu'à trois reprises, d'abord immédiatement après l'opération, puis le lendemain et le surlendemain, nous avons fait des ponctions aspiratrices dans la plèvre.

Si maintenant je passe en revue les causes de mort précoce, au lieu d'envisager celles des morts tardives, je vois signalée surtout l'hémorragie secondaire dans la plèvre, hémorragie venant non du cœur, mais du lambeau. Ce fait ressort non seulement de plusieurs observations, mais encore des expériences de Léo sur le chien, et aussi d'un certain nombre d'autopsies médico-légales, que M. Balthazard a pu faire à la Morgue.

On s'explique très bien ces hémorragies secondaires, par ce fait qu'au moment de l'opération, les branches de la mammaire interne ne saignent pas, soit que l'hémorragie provenant du cœur ait momentanément abaissé la tension artérielle, soit pour tout autre cause. Il est possible aussi que le lambeau recollé, un certain vide pleural tendant à se produire par les mouvements respiratoires produise un saignement des petites artères.

Ainsi l'hémorragie pleurale, voilà le danger primitif; l'infection pleurale, voilà le danger secondaire principal.

En dehors de l'infection pleurale grave, la production d'un léger hémothorax peut, comme chez notre malade, laisser des troubles divers même au bout de vingt-sept jours. Le pronostic des plaies du cœur semble donc lié au traitement de la plèvre.

Il est bien entendu que je ne parle que des plaies du cœur sur lesquelles nous pouvons avoir une action et que je mets à part toutes celles dans lesquelles le sang déjà perdu quand on opère, est en telle quantité qu'il ne reste plus aucune chance de gagner la partie.

Eviter les dangers inhérents à l'ouverture pleurale, tel est le problème. Les uns ont cherché à le résoudre en évitant d'ouvrir la plèvre, et ils ont basé leur technique opératoire sur cette préoccupation.

Il me paraît difficile, dans la plupart des cas, d'éviter l'ouverture

de la plèvre; en revanche il est à l'heure qu'il est très possible et facile d'éviter la rétraction pulmonaire, soit avec les appareils à hyperpression comme l'a fait Seidel sur le chien (1), soit avec les appareils à hypopression, tels que la chambre de Sauerbruch que nous avons pu voir fonctionner à Berlin, grâce à l'obligeance des assistants du professeur Bergmman (expérience sur le chien).

Mayer (de Bruxelles) nous a rapporté un cas d'intervention sur le cœur, accomplie par Mikulicz dans la chambre pneumatique (*Congrès de chirurgie*, 1904, p. 327); l'intervention a été suivie de mort, mais en raison de l'hémorragie préopératoire excessive.

L'avenir de la chirurgie du cœur comme de la chirurgie du poumon et du thorax nous paraît être dans les méthodes qui parviennent à maintenir intacte la fonction pulmonaire pendant et après l'acte opératoire. Nous posions déjà ces conclusions à la Société de Chirurgie en décembre 1896, lorsque nous proposions d'emprisonner la partie supérieure du corps dans un appareil analogue à celui des scaphandriers, tout en déclarant que nous posions simplement le problème sans savoir encore quel serait le moyen le plus pratique de réaliser la différence de pression entre l'air extra-thoracique et intra-thoracique; c'est dans cette voie, disions-nous, qu'il faut chercher à faire progresser la chirurgie pulmonaire. Depuis, les faits ont répondu pour nous, et à l'heure qu'il est, la chambre de Sauerbruch nous paraît un moyen cher peut-être, mais excellent, pour combler les desiderata de la chirurgie pulmonaire et cardiaque.

M. Pierre Delbet. — Je veux dire seulement que j'ai fait construire un appareil très simple qui permet d'éviter le pneumothorax. Un certain nombre de membres du Congrès de chirurgie l'on vu fonctionner. J'espère qu'il rendra service dans les cas de ce genre.

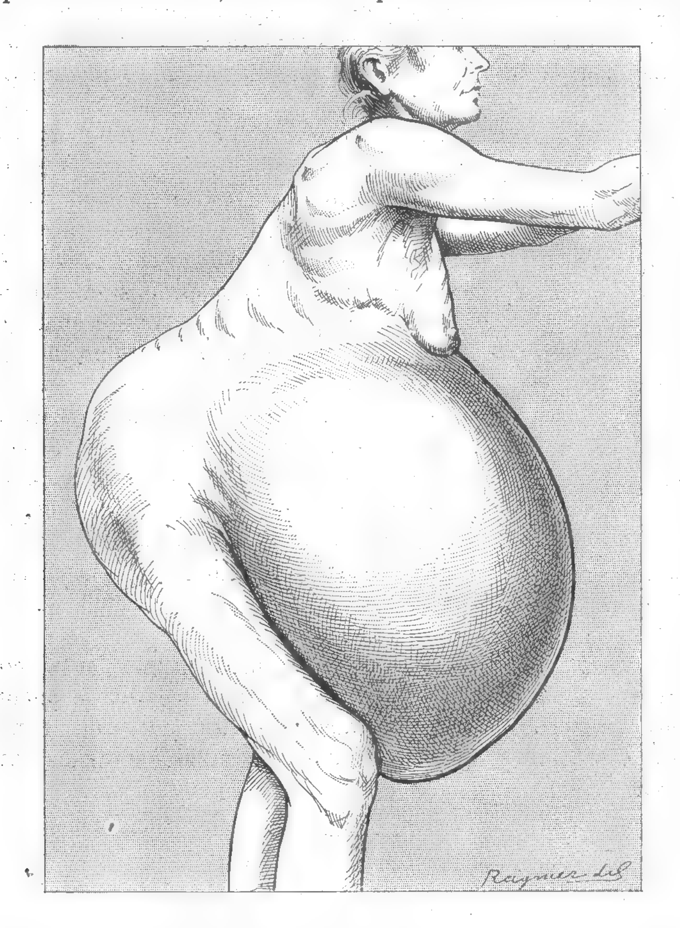
Kyste de l'ovaire contenant 94 litres de liquide.

par M. TUFFIER.

Le fait que je vous communique n'a d'intérêt que le volume vraiment extraordinaire que présentait un kyste de l'ovaire. Je ne connais pas de fait semblable. C'est pourquoi je me permets de vous montrer les photographies, les pièces et la malade.

(1) Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 8 janvier 1906.

Une femme de soixante-dix ans est amenée à mon service de l'hôpital Beaujon le 20 janvier 1906, salle Jarjavay, et dès son arrivée à l'hôpital, on me prie de la voir de suite étant donné la gravité de son état. Je trouve couchée par terre sur deux matelas, ou plutôt demi-assise, une femme présentant une tumeur abdo-



minale vraiment monstrueuse, à tel point qu'elle ne pouvait remuer sur son lit improvisé, et que la tumeur elle-même, sous peine d'étouffer cette malade, devait être supportée de chaque côté par deux énormes coussins. Voici l'histoire de cette femme :

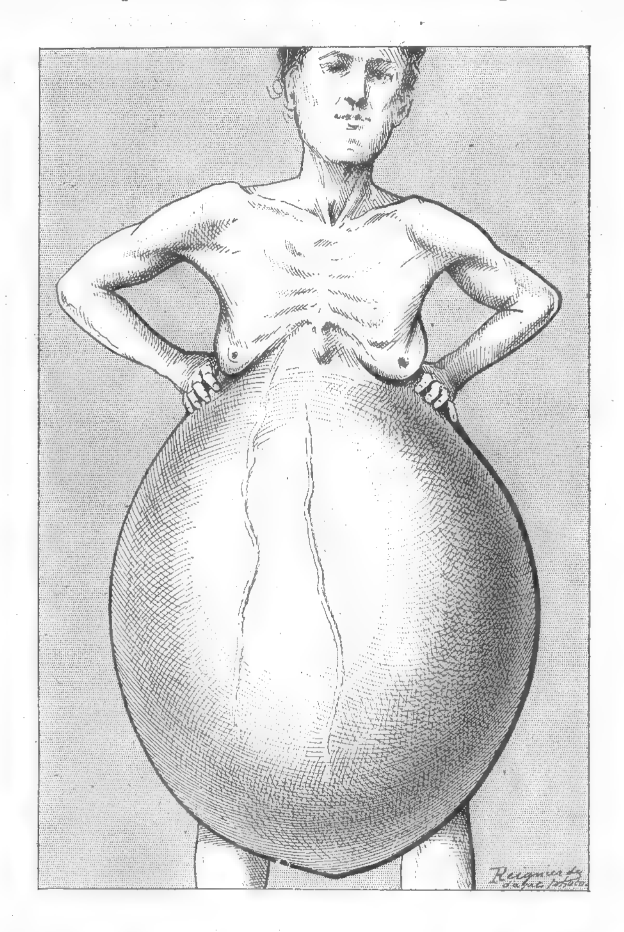
N'ayant aucun passé génital, accouchée normalement à vingt-trois ans, et bien réglée jusqu'à l'âge de quarante, elle avait vu sa tumeur débuter il y a six ans. Son abdomen avait pris progressivement un certain volume, sans troubler sa santé générale, sans l'empêcher de vaquer à ses occupations. Mais depuis un an ses dimen-

sions étaient telles que cette femme ne pouvait plus se lever et qu'elle se glisse simplement d'un matelas sur un autre pour permettre d'aérer sa literie. D'ailleurs son état général était resté satisfaisant, et elle continuait à travailler et à subvenir à ses besoins. Depuis six mois cependant, restant toujours demi-assise, elle avait dû placer deux énormes coussins de chaque côté de ses hanches de façon à porter sa tumeur. Cette nécessité était de plus en plus impérieuse, car les membres inférieurs s'étaient œdématiés et étaient devenus variqueux, non sur toute leur étendue, mais au-dessous du genou, et un *ulcère variqueux* s'était développé au-dessus de la malléole gauche. Dans ces derniers temps, elle se plaignait de palpitations, et c'est dans ces conditions qu'on l'a amenée à l'hôpital.

Quand je la vis, elle avait les lèvres violacées, les pommettes couperosées légèrement asphyxiques. Son ventre était véritablement monstrueux; il descendait jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus des malléoles, mais surtout il proéminait au point que quand la malade voulait se soulever, il a fallu mettre un homme de chaque côté pour soutenir la tumeur. Les photographies que je vous présente vous permettent d'apprécier les dimensions de la tumeur. La distension de l'abdomen était telle que la distance de l'appendice à l'ombilic était de 75 centimètres. La paroi était sillonnée de grosses veines en deux groupes de chaque côté; l'ombilic siégeait au-dessous du pubis. La matité était générale et remontait jusqu'aux fausses côtes qui étaient fortement rejetées en dehors, si bien que *le thorax* se présentait comme un *entonnoir* dont l'embouchure était éversée. La fluctuation était très nette à tous les points. Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire probablement uniloculaire. Le cœur et les poumons paraissaient indemnes, les urines étaient normales. Après quelques jours de repos pendant lesquels on purgea la malade et on lui fit des piqûres d'huile camphrée, je résolus d'évacuer le contenu du kyste, et craignant qu'une ponction aveugle ne fût suivie d'hémorragie dans ce kyste, je pratiquai l'opération suivante :

La malade étant assise sur la table d'opération à renversement, car il était impossible de la coucher complètement, je fis au-dessus de l'ombilic une injection sous-cutanée de stovaïne en traînée sur une étendue de 10 centimètres, et j'incisai la paroi abdominale ; et je tombai alors sur le kyste adhérent intimement partout. Ponction du kyste au trocart, évacuation d'un liquide très épais, très foncé; 94 litres mesurés par ma surveillance furent extraits progressivement; à mesure que la cavité se vidait, nous faisions basculer de plus en plus la malade la tête en bas. Il était d'ailleurs facile de saisir le moment exact où devait être effectuée cette

manœuvre, car les lèvres devenaient pâles indiquant l'insuffisance de la circulation dans l'extrémité céphalique. L'évacuation terminée, je retirai le trocart et j'agrandis l'orifice en faisant une incision de 10 centimètres qui donna libre issue au reste du liquide que je finis d'épuiser en introduisant des compresses dans les



parties les plus déclives. Mettant alors la main dans l'intérieur du kyste, je pus m'assurer que sa partie inférieure et postérieure était mobile et non ahérente; au contraire, de l'ombilic au diaphragme, en avant et jusqu'aux reins en arrière, la paroi kystique était solidement adhérente si bien que toute sa moitié supérieure restait fixée en haut. Je refermai la paroi du kyste et la paroi abdominale au catgut, je mis des agrafes sur la peau et j'établis un large drainage abdominal.

Il n'y eut aucune complication ni du côté des voies respiratoires

ni du côté du kyste. L'état général devint bien meilleur et, à part une légère rétention de l'urine, aucun accident ne vint troubler l'état de la malade. Mais le liquide se reproduisit, et alors qu'il n'y avait que quelques litres d'épanchement, je résolus de faire une opération radicale.

Le 13 février, sous le chloroforme donné par M. Auburtin, je fais une laparotomie sous ombilicale, j'ouvre le kyste, je décolle ses parois en bas, et immédiatement après avoir décollé la vessie, j'entre dans la cavité péritonéale. Elle était libre en arrière et en haut, si bien que j'ai pu réséquer toute la portion sous-ombilicale, et toute la face postérieure jusqu'au niveau de rein. Mais alors les adhérences étaient intimes et sur les parois latérales de l'abdomen et sur sa paroi antérieure. Chemin faisant, je trouve sur la partie gauche de l'utérus le pédicule du kyste presque aussi gros que la moitié de l'avant-bras et extrêmement vasculaire. Pincement, écrasement et ligaturé. Lorsque j'arrive au niveau des reins, je remarque que la traction, sur le kyste, amène les deux glandes dehors, je les décolle lentement. Mais c'est surtout sur la partie antérolatérale que les adhérences sont intimes et nécessitent des tractions violentes. J'étais bien décidé à marsupialiser la poche s'il le fallait; cependant, avec beaucoup à précautions, j'arrivai à extraire la totalité de la paroi.

J'estime à 1 mètre carré l'étendue des adhérences. Une mèche est placée dans le Douglas avec un drain métallique. Fermeture en deux étages.

Les suites opératoires furent absolument nulles, à part la rétention d'urine qui persista et un léger trouble de ce liquide. Une paralysie radiale gauche due à la situation du bras pendant l'opération est actuellement en voie de guérison.

Il se passa un fait curieux, lorsque nous voulûmes faire marcher la malade, la cambrure lombaire nécessitée par la présence de la tumeur, persistait, si bien que la statique vertébrale était absolument rompue, et la marche était impossible, il fallut faire une rééducation des mouvements actuellement en bonne voie.

Voici cette malade qui est complètement guérie et dont l'énorme perte de substance provoquée par l'ablation du kyste sans résection de la paroi, ne laisse que des traces relativement minimes. Son thorax, largement évasé, commençe à s'affaisser.

Tel est le fait que je voulais vous présenter, sans avoir d'autre prétention que celle de vous faire voir un cas très rare en plein Paris, sinon unique, de kyste de l'ovaire contenant presque 100 litres de liquide.

Fracture du rachis.

par M. NÉLATON.

Voici des radiographies représentant une fracture du rachis avec luxation de la 2e vertèbre cervicale. On peut constater que le corps de la 2e vertèbre fracturée s'est déplacé en avant, tandis que l'arc formé par les lames vertébrales et l'apophyse épineuse s'est porté en arrière.

J'aurais cru une pareille lésion incompatible avec la vie ou tout au moins j'aurais pensé qu'elle donnerait naissance à des troubles fonctionnels graves. Or il n'en fut rien ; c'est pourquoi, avec ces radiographies, je vous raconte en quelques mots l'histoire de cette malade qui m'a beaucoup étonné.

Il s'agit d'une femme de soixante-treize ans, très alerte et parfaitement bien portante ; elle n'avait jamais ressenti ni douleur ni gêne du côté du cou et les articulations de la colonne vertébrale avec la tête n'étaient en aucune façon touchées par l'arthrite rhumatismale.

Cette femme, en descendant son escalier, tomba à la renverse, et la face postérieure de son crâne vint heurter une marche.

Elle éprouva une vive douleur et poussa des cris jusqu'à ce qu'on vînt la relever. Elle ne perdit donc point connaissance. Avec l'aide de deux personnes, elle se releva et marcha jusqu'à sa chambre. On fit venir un médecin, le Dr Hérard qui la trouva assise dans un fauteuil ; elle lui expliqua son accident et le Dr Hérard, constatant une douleur assez vive à la pression au niveau de la nuque et un léger empâtement, fit appliquer sur la région des compresses d'eau boriquée tiède.

Le lendemain, l'état était le même et comme la malade, très nerveuse, très impatiente, se plaignait beaucoup, on me fit venir.

Avec le Dr Hérard, je l'examinai. Les symptômes étaient ceux-ci : projection de la tête en avant et raideur du cou ; la malade ne tournait pas volontiers la tête à droite ou à gauche, mais pouvait le faire dans une petite limite ; gonflement léger de la partie postérieure du cou, et douleur assez vive à la pression.

C'était tout ; aucune gêne des mouvements des membres, aucune gêne de la déglutition.

Je diagnostiquai comme mon confrère une contusion de la nuque, peut-être un arrachement d'une apophyse épineuse ; en tout cas, je pensai qu'il ne pouvait exister une lésion grave et, comme lui, je prescrivis l'application de compresses humides et tièdes.

L'état de gonflement léger de la nuque et les phénomènes douloureux persistèrent pendant trois semaines environ, la malade déclarant avoir des nuits fort douloureuses et fort pénibles; cependant, à la fin de la première semaine, la malade se levait, se promenait dans sa chambre, et prenait, assise devant sa table, de petits repas.



Comme elle est en temps ordinaire très nerveuse, comme elle se plaint facilement, je dois dire, qu'en voyant son état général et en constatant la petite déformation de la nuque, nous ne fûmes jamais inquiets.

Ce fut vers la fin de cette troisième semaine que, la malade se plaignant toujours, nous désirâmes la rassurer sur son état, en lui montrant la fracture de l'apophyse épineuse que nous avions diagnostiquée (fracture qui, dans notre esprit, expliquait la douleur légère existante).

La malade fut donc adressée à Béclère, et ce n'est pas sans surprise, que nous constatâmes les lésions que vous pouvez voir. Je les ai trouvées tellement peu en rapport avec les symptômes observés que j'ai cru devoir vous soumettre cette observation comme une curiosité.

J'ajoute que la malade, aujourd'hui complètement guérie, va, vient et va prochainement partir pour Cannes. Elle accuse encore, il est vrai, quelques douleurs dans le cou, mais ces douleurs sont légères.

La malade a la tête projetée en avant. Elle l'abaisse et la redresse sans douleur, mais les mouvements de latéralité sont très diminués ; l'accident remonte à trois mois.

Présentation de malades.

Fracture de la cuisse gauche un peu au-dessous de sa partie moyenne. Deux radiographies, prises dans des plans différents, montrent un notable chevauchement des fragments suivant la longueur et suivant l'épaisseur. A la mensuration la cuisse fracturée n'est pas raccourcie.

M. DÉMOULIN. — Dans la séance du 28 février dernier, M. Monod disait, qu'il ne faut pas se fier aux radiographies seules, pour juger dans les fractures en général, et dans celles de la cuisse en particulier, de la valeur du résultat obtenu que, souvent, les radiographies montrent un chevauchement considérable des fragments, là où la mensuration du membre ne donne qu'un raccourcissement modéré.

La présentation que je fais aujourd'hui, au nom de notre collègue M. Hennequin et au mien, a pour but de démontrer que même avec un chevauchement très net, suivant la longueur, des fragments du fémur, chevauchement accusé par la radiographie, il peut ne pas y avoir le moindre raccourcissement du membre fracturé à la mensuration.

Il s'agit d'une fracture du fémur ganche, siégeant un peu au dessous de la partie moyenne, de cause directe, chez un homme de quarante-deux ans, fracture qui a été traitée par l'extension continue, appliquée selon la méthode de M. Hennequin et par lui-même.

Sur une première radiographie, faite de face, et dans laquelle il n'est pas possible de distinguer l'os nouveau, le cal, des extré-

mités de l'os fracturé, le chevauchement des fragments, suivant la longueur, atteint cinq centimètres.

Sur une seconde radiographie, représentant le profil externe de la cuisse, il est possible de distinguer l'os nouveau, d'origine périostique, qui réunit les deux fragments, mais ces derniers chevauchent encore, sur une hauteur de deux centimètres.

Or, si vous voulez bien mesurer les deux cuisses du blessé que j'ai l'honneur de vous présenter, vous verrez qu'elles ont exactement la même longueur, et je m'empresse de dire que la cuisse droite, terme de comparaison, n'a pas été fracturée, ni malade, avant que la cuisse gauche fût brisée.

Comme la lecture de la radiographie présentée par M. Monod, lecture faite par M. le professeur Kirmisson, avait permis de reconnaître les extrémités fracturées, au milieu du cal, et de dire que le raccourcissement, accusé par l'image radiographique, était à peu près le même que celui constaté à la mensuration du fémur, je reprends à mon compte la proposition de M. Monod, à savoir que, là où les radiographies montrent souvent un raccourcissement, la mensuration du membre permet de dire que ce raccourcissement n'existe pas.

La présentation du blessé et des radiographies me semble établir ce fait d'une façon indéniable.

M. Kirmisson. — Il est important de rapprocher les deux malades de MM. Nélaton et Demoulin, et de se rappeler que ce sont des ombres et nom des images réelles; et puisqu'il est question de fractures du fémur, je dirai que M. Delbet m'a renvoyé son cas de fracture traitée par la méthode ambulatoire et, après avoir constaté un léger raccourcissement, au bout de cinq mois le résultat était parfait.

M. Nélaton. — J'ai eu absolument la même pensée que M. Kirmisson, puisque j'ai renvoyé la malade à M. Béclère qui a refait une deuxième radiographie; et les deux épreuves sont absolument semblables.

M. Ch. Monod. — Je veux seulement dire que je suis tout à fait d'accord avec notre collègue Demoulin. J'ai, en présentant la radiographie qui figure dans nos Bulletins, surtout voulu mettre en garde contre les fausses interprétations que le public et les magistrats peuvent donner à des images radiographiques.

M. Pierre Delbet. — Quand on examine les radiographies que vient de nous présenter M. Nélaton, on a une première impression

qui est celle d'un énorme déplacement. C'est une apparence qui tient à ce que l'axe postérieur de l'atlas n'est pas du tout visible sur le cliché. Et ce n'est qu'une apparence, car si on examine les corps vertébraux, on voit que le déplacement n'a pas lieu en ce point. Ce n'est pas la première vertèbre qui a glissé sur la seconde, c'est la seconde qui a glissé sur la troisième, et le glissement est seulement de quelques millimètres.

Grand pectoral.

M. HERBET. — Absence de la partie inférieure du grand pectoral chez un enfant. — M. KIRMISSON, rapporteur.

Présentation d'instrument.

M. DUVAL. — Gants de caoutchouc.

Le Secrétaire annuel,

P. MICHAUX.

Paris, — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 21 MARS 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. LE CLERC (de Saint-Lô), adresse l'observation suivante :

Hernie isolée de l'appendice dans un sac crural,

par le Dr R. LE CLERC (de Saint-Lô).

Mme R..., âgée de soixante-quinze ans, de bonne santé habituelle, consulta son médecin ordinaire, il y a deux ans, pour une grosseur, survenue spontanément dans l'aine du côté droit, sans occasionner la moindre douleur, et qui disparut en dehors de tout traitement.

Le 7 février dernier, cette dame fut prise, sans cause appréciable, de diarrhée dysentériforme avec douleurs de ventre, épreintes et expulsion de glaires sanguinolentes. Sous l'influence d'une médication convenable et du régime liquide, les selles devinrent moins fréquentes, moins glaireuses, sans perdre, toutefois, leur caractère diarrhéique.

Les 19 et 20 février, on donna de l'alimentation solide. Le 21, il y eut un vomissement, en même temps que se déclarèrent à nouveau des coliques généralisées à tout l'abdomen.

Appelé à voir en consultation cette malade, le 22, voici ce que je constatai.

La langue est saburrale; l'abdomen est médiocrement ballonné, très légèrement sensible, mais cependant avec un maximum de douleur à la pression, localisé à la région iliaque droite. Il n'y a ni selles ni gaz depuis la veille. De temps en temps, la malade rejette, soit l'infusion de tilleul qu'on lui donne pour calmer la soif, soit la potion chloroformée prescrite par son médecin ordinaire. Il existe du hoquet et les urines sont rares. Le pouls est à 84, régulier, bien frappé; le thermomètre donne 37 degrés.

De plus, Mme R .. a constaté, le matin seulement, l'apparition, dans le pli de l'aine droit, d'une tuméfaction. Cette grosseur est située au-dessous de l'arcade de Fallope et tangentiellement à cette arcade; elle est couchée en travers des vaisseaux fémoraux qu'elle déborde en dehors, pour se prolonger en dedans, vers l'anneau crural, sous forme d'un pédicule souple et assez mal limité. Elle a une longueur approximative de 5 centimètres, le volume d'un gros pouce; elle est un peu irrégulière, uniformément dure dans toutes ses parties, mate à la percussion, un peu douloureuse, surtout au niveau de son pédicule.

Le toucher rectal et vaginal est négatif.

Nous nous trouvions évidemment en face d'une hernie crurale présentant des phénomènes peu accentués d'étranglement, mais d'une hernie crurale, bizarre *à priori*, dont il était difficile d'apprécier le contenu. En dépit des accidents peu alarmants, il fut convenu que, si les troubles actuels persistaient, je ferais l'opération dès le lendemain.

Opération pratiquée le 23, *à trois heures du soir.* — Durée totale : trente minutes. Chloroforme, 25 grammes, parfaitement supporté.

L'incision pratiquée transversalement, selon le grand axe de la tuméfaction, nous amène immédiatement sur un sac, précédé d'un petit lipome herniaire, sac non adhérent et que l'on peut ramener naturellement en dedans des vaisseaux fémoraux, pour lui donner sa direction naturelle de sortie. Dans le sac uniformément tapissé de séreuse se trouve exclusivement l'appendice avec son méso infiltré de graisse. Le contenu herniaire est absolument libre dans toutes ses parties, à l'exception de son pôle inférieur qui est adhérent à la partie la plus déclive du sac, sur une surface de 4 à 5 millimètres, par l'intermédiaire du méso. L'index, introduit dans l'anneau sans effort, y joue à l'aise, ce qui prouve qu'il n'existe aucun étranglement.

Après ligature, je réséquai appendice et méso; à l'aide d'une sonde cannelée portée au rouge, je cautérisai la muqueuse et je

terminai en suturant la séreuse au niveau de la surface de section, sans invaginer le moignon dans la paroi cæcale.

Ligature et résection du sac. Suture du fascia au catgut, et de la peau au crin de Florence, sans drainage.

L'appendice, fendu dans sa longueur, présentait dans son dernier centimètre, une ulcération irrégulière de la muqueuse, d'aspect putrilagineux, mais sans odeur gangréneuse.

Cette opération a permis de rectifier le diagnostic et de suivre toutes les phases de la maladie. L'entérite dysentériforme de Mme R... était symptomatique d'une appendicite larvée. Lorsque l'appendice adhérent, probablement depuis un certain temps, à un sac d'ancienne formation, a été entraîné dans sa migration crurale, il a donné lieu, parce que malade, a des accidents de péritonisme tels que : ballonnement du ventre, hoquets, vomissesements, absence de selles, rareté des urines.

En terminant, je tiens à insister sur un point signalé par notre collègue M. Moty, à propos d'une communication de M. Kirmisson (1) M. Moty rappelle qu'il a vu et opéré un cas de hernie isolée de l'appendice et qu'il a trouvé à cette hernie, avant l'opération, un signe diagnostique particulier : *c'était la forme allongée et la consistance ferme de sa hernie.*

Si je n'avais pas oublié cette réflexion de notre collègue de l'armée, j'aurais pu, en présence des caractères fournis par la hernie de ma malade, hernie allongée et dure, prévoir ce que j'allais trouver, et par l'opération j'aurais eu la confirmation de mon diagnostic.

Actuellement, 14 mars, la malade va très bien. La réunion *per primam* était obtenue le 2 mars.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des gros kystes de l'ovaire.

M. Paul Segond. — Le cas de kyste ovarique monstrueux rapporté mercredi dernier par notre collègue Tuffier m'a donné la pensée de vous citer aujourd'hui un fait similaire.

Il s'agit d'une brave femme qui eut son instant de célébrité à la Salpêtrière, en raison de l'effroi que les dimensions vraiment

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 26 juillet 1905.

excessives de son ventre causèrent, certain matin, à l'un de nos chefs d'État, au cours d'une visite hospitalière.

Le kyste multiloculaire coupable de cette émotion présidentielle ne contenait sans doute pas, dans ses loges multiples et cependant bien spacieuses, autant de liquide que le kyste enlevé par Tuffier (il contenait, je crois, 25 à 30 litres), mais en comparant la photographie que vous à présentée notre collègue à celles que je vous montre aujourd'hui, vous pouvez constater qu'au point de vue du volume de la tumeur et de l'infirmité qui en résultait, les deux faits sont absolument superposables.

C'est en 1897 que j'ai reçu et opéré cette malade dans mon service de la Salpêtrière. Elle avait alors soixante ans. Son observation ne présentant guère qu'un intérêt de curiosité, il me paraît superflu de vous la détailler. Laissez-moi seulement vous dire que malgré l'étendue et la solidité des adhérences de la masse kystique à la paroi abdominale qu'il m'a fallu réséquer largement pour obtenir une cicatrice convenable, l'opération s'est faite sans difficulté particulière et que guérison parfaite s'en est suivie.

Discussion sur les périsigmoïdites.

M. Loison. — L'intéressante communication de M. Michaux nous a remis en mémoire une observation de suppuration du flanc gauche qui nous avait tant soit peu intrigué jadis, et que nous croyons maintenant pouvoir étiqueter : *périsigmoïdite suppurée circonscrite.*

Voici le fait dont il s'agit :

Observation. — B..., né à Paris en 1870, ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel. Exerçant la profession de facteur des postes, il s'engage au 4e zouaves, le 26 mars 1890.

Pendant les premiers mois de son séjour en Tunisie, il a eu une légère atteinte de paludisme, pour laquelle il fut traité pendant quinze jours à l'infirmerie de Zaghouan. Depuis vingt mois sa santé était excellente, lorsque le 22 avril 1892, étant campé au Bardo, avant le départ pour les manœuvres, il ressentit dans le flanc gauche une douleur qui s'exaspérait pendant la marche.

4 mai 1892. — Entre à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis. Nous trouvons, occupant la fosse iliaque et le flanc gauche, une tuméfaction rénitente, très douloureuse à la pression. La zone d'induration et d'empâtement a une forme allongée verticalement; elle s'étend en largeur

depuis le bord externe du muscle grand droit, jusqu'à la ligne axillaire moyenne prolongée; en hauteur, elle confine en haut aux côtes et en bas à la crête iliaque. Au niveau de la zone de tuméfaction, la peau présente sa coloration normale, elle se laisse toutefois, moins facilement que du côté opposé, plisser et détacher du plan sous-jacent. Au niveau de l'hiatus costo-iliaque, on ne sent pas d'empâtement et on ne provoque aucune douleur à la pression. Les mouvements d'extension de la cuisse gauche se font complètement et sans souffrance. Les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés.

Les selles ont été régulières jusqu'à hier matin; un verre d'eau de Sedlitz administré n'a produit aucun effet. Il n'y a aucun trouble du côté des urines.

La température oscille autour de 38 degrés.

5 *mai.* — On donne le chloroforme. Nous pratiquons un peu en dehors du grand droit, à la hauteur de l'ombilic, une incision verticale de 8 centimètres de long; à ce niveau la fluctuation profonde nous avait semblé nette. Les plans superficiels ne présentent rien de particulier; le tissu cellulaire sous-péritonéal est infiltré et la face externe du péritoine est vascularisée. Une ponction de la séreuse, suivie de débridement, donne issue à environ 300 grammes de pus glaireux, jaune verdâtre, sans odeur particulière. Le doigt explore une cavité du volume d'un gros poing, présentant quelques diverticules peu étendus, circonscrite par des parois résistantes. Le gros intestin est refoulé en dedans, on ne sent ni la rate, ni le rein. Songeant à une inversion possible des viscères, nous recherchons sans succès la présence de l'appendice.

Le fond de l'abcès étant en contact avec la paroi abdominale postérieure, nous pratiquons sur le doigt introduit dans la cavité une contre-ouverture postérieure, immédiatement au-dessus de la crête iliaque, et plaçons un gros drain traversant l'abdomen d'avant en arrière.

6 *mai.* — Le malade est soulagé et a bien dormi la nuit. Toutes ses fonctions s'accomplissent régulièrement. Avant l'opération il accusait une sensation d'engourdissement dans le membre inférieur gauche; ce symptôme s'est atténué.

11 *mai.* — Se plaint de coliques et de diarrhée, alors qu'antérieurement il avait plutôt une tendance à la constipation.

13 *mai.* — La diarrhée persiste. La température qui était restée au-dessous de 38 degrés, depuis l'incision monte tous les soirs à 39 degrés et au-dessus pour tomber le matin à 37 degrés. Cette fièvre à forme rémittente continue jusqu'au 27 mai. La suppuration diminue, on raccourcit le drain et on le retire en arrière, pour laisser l'incision antérieure se cicatriser.

17 *mai.* — Les selles ont pris l'aspect dysentérique, contenant du mucus et du sang; épreintes et ténesme.

19 *mai.* — On note trois selles constituées par des scybales dont quelques-unes sont enrobées de mucus. Pendant les jours suivants les matières fécales sont tantôt dures, tantôt molles, mélangées à une quantité variable de mucus.

25 *mai.* — Le sujet se plaint de douleurs dans le membre inférieur gauche, particutièrement vives au niveau du mollet; il n'y a pas d'œdème appréciable, mais la pression est douloureuse au niveau du triangle de Scarpa. Le ventre souple et rétracté n'est pas sensible à la palpation. Les plaies d'incision vont bien et se rétrécissent; on supprime le drain et on le remplace par une mèche en gaze placée dans la contre-ouverture postérieure.

26 *mai.* — Les douleurs persistent dans le membre inférieur gauche, particulièrement au niveau du mollet qui est augmenté de volume.

28 *mai.* — Les symptômes de *phlegmatia alba dolens* se sont accentués. La fièvre a disparu. Il s'est développé une petite eschare au sacrum.

30 *mai.* — On a remarqué la présence d'anneaux de ténia dans les selles; un ténifuge est administré et plusieurs mètres de ver sont expulsés, sans la tête.

31 *mai.* — Dans l'après-midi d'hier, le malade s'est plaint de frissons et de douleur au niveau de l'hypochondre droit, et le thermomètre est monté à 39°6. Le foie n'est pas tuméfié et n'est pas sensible à la pression. La palpation et la percussion ne dénotent rien d'anormal au niveau de la base pleuro-pulmonaire droite.

1er *juin.* Température 38°8 le soir ; la douleur de l'hypocondre droit persiste.

2 *juin.* La fièvre a cessé. Les selles sont normales et régulières, au nombre d'une à deux par jour. La douleur du côté droit a disparu. Le gonflement du membre inférieur gauche diminue ; le mollet reste sensible.

Pendant les jours suivants tous les symptômes morbides s'atténuent et régressent progressivement. De temps en temps, cependant, les selles renferment un peu de mucus.

13 *juin.* Les plaies opératoires bourgeonnent bien et se rétrécissent ; on supprime tout drainage.

29 *juin.* Il persiste un peu de gonflement du mollet et du pied, surtout le scir, après la station debout. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement. Les plaies opératoires sont complètement cicatrisées de même que l'escarre au sacrum.

4 *juillet.* Le sujet quitte l'hôpital, pour aller en convalescence dans sa famille.

Réflexions. — Cette observation, dans son ensemble et dans ses points de détail, reproduit fidèlement l'image de l'évolution clinique de certaines formes de phlegmon péri-cæcal.

C'est un abcès occupant le flanc et la partie supérieure de la fosse iliaque, prenant contact en avant, en arrière et latéralement avec la paroi abdominale.

C'est l'inflammation du gros intestin se traduisant au début par de la constipation, puis plus tard par des symptômes dysentériformes.

C'est le début par une douleur dans la fosse iliaque, avec fièvre, puis apparition d'une tuméfaction profonde et fluctuante, vers le douzième jour.

C'est ensuite la phlegmatia alba dolens du membre inférieur, du côté correspondant à la collection purulente, complication que nous avons observée, et que nombre de chirurgiens ont signalée, dans le cours des appendicites suppurées.

C'est enfin le retentissement du côté du foie, dû vraisemblablement à une embolie infectieuse dans une branche de la veine porte. La manifestation hépatique a été légère et fugace, mais elle eût pu se terminer par un abcès du foie, comme nous l'avons constaté dans un cas d'appendicite dont nous avons donné la relation à la séance du 17 janvier 1900 de la Société de chirurgie.

Le tableau est complet ; mais l'abcès siégeait dans la fosse iliaque gauche.

Y avait-il inversion ou situation atypique du cæcum et de l'appendice des viscères et s'agissait-il réellement d'une inflammation d'origine cæcale ou appendiculaire ?

Nous y avions songé et avions conclu à la négative, d'abord parce que, en explorant attentivement le foyer purulent, nous n'avions rien trouvé qui rappelât la forme du cæcum, ou la présence de l'appendice, et surtout parce que la percussion nous montra la présence du foie dans l'hypocondre droit.

L'abcès, d'autre part, était situé entre le côté externe du gros intestin et la paroi abdominale ; il était collecté dans le péritoine, encapsulé par des adhérences résistantes ; il était indépendant de la rate, du rein, des muscles et des os de la paroi et n'envoyait aucun prolongement vers la ligne médiane ou le côté droit. Il ne pouvait donc provenir que de l'anse sigmoïde enflammée, avec laquelle il se trouvait en rapport de contiguïté.

M. Broca. — Je me demande si parmi les abcès iliaques gauches étiquetés sigmoïdites il n'y a pas plus d'appendicites qu'on ne le pense, avec ou sans participation de la partie supérieure ou inférieure du bassin. Mais, pour ces faits où nous sommes la plupart du temps incapables de porter un diagnostic vérifié avec certitude, je n'aurais pas pris la parole si, dans les commentaires de M. Loison sur son observation, il n'avait, pour conclure contre l'appendicite, donné deux arguments que je ne saurais admettre. Il est d'abord certain, en effet, que la transposition du cæcum à gauche n'est nullement nécessaire à la genèse de l'appendicite avec foyer suppuré à gauche ; la chose me paraît assez connue pour que je n'aie pas besoin d'insister. D'autre part, si les phlébites s'observent de temps en temps après les appendicites opérées à chaud, à froid,

où à tiède, nous sommes, je crois, tous d'accord, pour affirmer qu'elles sont de beaucoup prédominantes à gauche; pour ma part, je n'en ai vu qu'une à droite, et il s'agissait d'un cas spécial où fut réchauffée, après opération à chaud, chez une femme récemment accouchée, une phlegmatia qui s'était produite de façon bizarre au cours de la grossesse. Cette prédominance à gauche peut paraître étrange, mais elle est incontestable, et dès lors ce siège n'a pas de valeur dans la discussion rétrospective du diagnostic dans le cas dont vient de nous parler M. Loison.

M. Quénu. — La phlébite gauche au cours de ou après l'appendicite a déjà été discutée à la Société de chirurgie. Moi-même, j'ai apporté deux ou trois faits confirmant la prédilection de la phlébite pour le côté gauche.

M. Lejars. — Les sigmoïdites et périsigmoïdites ne représentent qu'une des localisations des inflammations du gros intestin; elles sont, dans une certaine mesure, le pendant, à gauche, de la typhlite et de la pérityphlite, et, sur tous les points du côlon ascendant, transverse ou descendant, on peut oberver de semblables accidents, de pareilles tumeurs inflammatoires, qui suppurent parfois, qui revêtent, ailleurs, des allures torpides, chroniques, suspectes, et font penser au néoplasme. M. Hartmann nous a rapporté un fait de ce genre, ayant pour siège le côlon transverse; au cæcum, les observations analogues ne sont pas très rares, et je puis en rappeler un frappant exemple : Une jeune fille de seize ans me fut amenée pour une tumeur de la fosse iliaque droite, qu'un chirurgien avait dénommé sarcome de l'os iliaque et déclaré inopérable; la malade était fort amaigrie, pâle, et d'aspect précaire, on trouvait, à la partie interne de la fosse iliaque droite, une masse bombée, très dure, fixée, et qui, de fait, semblait tenir au plan osseux. Pourtant quelques antécédents inflammatoires et la durée déjà longue de l'affection me firent soupçonner un simple processus de phlegmasie chronique; j'y allai voir, et je découvris, autour et en dedans du cæcum, un gros amas de tissu grisâtre, calleux, parsemé, dans son épaisseur, de quelques abcès minuscules; il adhérait intimement à l'aponévrose iliaque, mais n'avait aucune connexion osseuse; j'en laissai le plus possible, sans voir l'appendice; je drainai la cavité ainsi creusée. La guérison fut des plus simples; tout disparut, et ma jeune opérée est redevenue florissante.

Il est utile, je pense, de faire un groupe à part de ces phlegmons, aigus ou chroniques, péri-intestinaux, qui procèdent étiologiquement de l'intestin lui-même, et qui reconnaissent pour ori-

gine une infection intestinale; sans doute, ces foyers inflammatoires peuvent avoir leur point de départ dans d'autres organes voisins et n'offrent avec l'intestin que des rapports de contiguïté plus ou moins étroits, il n'en est pas moins vrai que le véritable type clinique de ces phlegmons correspond à ceux qui procèdent de l'intestin.

Ces réflexions s'appliquent entièrement aux inflammations sigmoïdiennes, et s'est pourquoi l'observation si intéressante de notre collègue, M. Michaux, qui a servi de point de départ à cette discussion, nous paraît rentrer dans les périsigmoïdites secondaires.

On doit, d'ailleurs, étudier séparément la sigmoïdite et la périsigmoïdite; l'une et l'autre se succèdent souvent, et se combinent; mais elle peuvent s'observer à titre isolé.

La sigmoïdite n'est pas exceptionnelle, en somme, à la suite de constipation chronique et sous une forme plus ou moins atténuée, et ces tuméfactions douloureuses de la fosse iliaque gauche, accompagnées de fièvre, et qui persistent plus ou moins longtemps après la débâcle évacuante, en sont l'expression. Mais elle peut affecter parfois des caractères de grande acuité et de gravité menaçante; ainsi en a-t-il été, à plusieurs reprises, chez des accouchées, pendant la période puerpérale, le diagnostic devenant alors, très difficile entre l'infection intestinale et l'infection utérine. Et comme exemple, je ne saurais mieux faire que de vous communiquer ici une intéressante observation, qui me fut transmise, à toutes fin utiles, en 1904, par M. le Dr Clamonse (de Saint-Epain) :

Il s'agit d'une femme de vingt et un ans, primipare, très névropathe, qui avait eu une grossesse laborieuse; l'accouchement, survenu le 19 mai 1900, fut difficile et long, et nécessita finalement une application de forceps. Les jours suivants, aucun accident ne se produit, la lactation s'établit régulièrement et sans fièvre. Le 27, au huitième jour, on trouve à la parturiente le facies mauvais; elle a souffert toute la nuit de violentes coliques, la céphalée est intense, le ventre ballonné, douloureux ; il y a eu des vomissements, température 38°4. Craignant des complications puerpérales tardives, j'examine l'estomac, poursuit notre confrère; il remonte à quatre doigts au-dessus de la symphyse, l'écoulement lochial est faible et n'a pas d'odeur ; au toucher vaginal, l'utérus n'est pas douloureux, il est en bonne situation, il est un peu déchiré et admet l'introduction de l'index. Cet examen négatif me rassure et me surprend à la fois. En pressant la malade de questions on finit par découvrir qu'elle n'a pas eu de selles depuis l'accouchement; des lavements glycérinés restent sans résultat, et, la fièvre montant toujours, on pratique le curage digital du rectum ;

pourtant le lendemain soir, la température est de 40°4 ; elle tombe à 37°6 après deux débâcles provoquées par des purgatifs huileux et des lavements répétés, mais elle remonte presque aussitôt à 40 degrés ; la fosse iliaque gauche est spécialement douloureuse : on y fait appliquer dix sangsues, puis un vésicatoire. On pense encore à la possibilité d'une origine utérine de ces accidents fibriles persistants, mais un nouvel examen ne révèle absolument rien d'anormal, et l'on doit conclure à un processus d'entéro-colite aiguë localisé particulièrement à l'S iliaque. Au huitième jour, la fièvre disparaît ; mais une récidive survient bientôt, au cours de laquelle on perçoit de nouveau une douleur aiguë dans la fosse iliaque gauche et une sorte de tuméfaction boudinée à ce niveau. Enfin tout s'efface et se résorbe et une franche convalescence s'établit.

Il s'agissait là, suivant toute évidence, d'un cas de sigmoïdite aiguë, stercorale, chez une accouchée, et les accidents de ce genre, qui, naturellement, font penser tout de suite à l'infection puerpérale, méritent, certes, d'être signalés. D'ailleurs, l'affection était, dans le fait précédent, purement sigmoïdienne ; il n'y avait pas de périsigmoïdite.

Ces périsigmoïdites s'observent sous une forme aiguë, suppurée, sous une forme subaiguë, en résolution, ou encore avec les caractères du phlegmon chronique, induré, d'évolution torpide, ou de résorption très lente, qui se prolonge souvent pendant plusieurs mois.

Je ne fais que rappeler les deux premiers types cliniques, dont plusieurs exemples ont été relatés ici. Au premier se rapportent certains abcès de la fosse iliaque gauche, qui ne sont point d'origine appendiculaire, ni, chez la femme, d'origine annexielle, et qui se trouvent accolés à l'anse sigmoïde, dont la paroi forme leur plan profond ; j'ai ouvert un abcès de ce genre, qui remontait à un mois, chez un homme de vingt-huit ans. La seconde forme de périsigmoïdite correspond à ces tuméfactions en boudin, à ces plastrons de la fosse iliaque gauche, qui, après un début aigu et fébrile, s'affaissent et se résorbent peu à peu, comme les phlegmons péri-cæcaux, appendiculaires.

Mais ce sont les périsigmoïdites de la troisième variété, chronique, indurées, bombées, de longue, très longue évolution qui éveillent surtout d'intéressants problèmes cliniques, par leur analogie avec le cancer. Aux faits qui ont été exposés dans cette discussion, j'ajouterai le suivant.

Une dame d'une quarantaine d'années était admise, en octobre 1904, pour des accidents attribués à un néoplasme ou à une tuberculose de l'S iliaque : elle était pâle, un peu jaune, très amai-

grie; constipée depuis longtemps, elle avait constaté, de temps en temps, la présence d'un peu de sang dans les selles; en juillet, une hémorragie plus abondante s'était produite, à deux reprises, dans l'espace de trois jours; depuis, l'écoulement hématique ne s'était reproduit, mais du pus avait été évacué, par l'anus, peu de temps avant. Le ventre n'était pas gros; à droite, on ne sentait absolument rien d'anormal; mais, dans la fosse iliaque gauche, on découvrait profondément une masse bombée, dure, allongée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, et de contours mal définis; quelques-unes des bombures semblaient mobiles, le reste était fixé et ne se déplaçait pas sous la main. On ne trouvait rien au toucher rectal, ni au toucher vaginal. J'admis la possibilité d'un processus néoplasique de l'S iliaque, mais je ne m'arrêtai pas d'une façon complète à cette hypothèse, je prescrivis un régime d'entéro-colite et je demandai à revoir la malade au bout de quelque temps. Elle revint au bout de cinq semaines : les hémorragies n'avaient pas reparu; les selles étaient abondantes, sous l'action de grands lavages rectaux; il n'y avait plus de douleurs dans la fosse iliaque, on ne sentait presque plus l'induration et l'on pénétrait, sans obstacles, dans la profondeur, sans trouver de tuméfaction périsigmoïdienne. Le régime fut continué, et au bout de quelques mois, la santé était redevenue parfaite, et la fosse iliaque gauche absolument libre.

Il s'agissait donc ici, d'une périsigmoïdite chronique, probablement consécutive à des lésions ulcéreuses, et accompagnée d'accidents abdominaux et généraux susceptibles de corroborer l'hypothèse du néoplasme. On fait bien, croyons-nous, d'insister sur les éventualités de ce genre, qui peuvent se manifester, d'ailleurs, sur tous les points du gros intestin, et dont l'importance pratique n'est pas à faire ressortir.

M. Tuffier. — Les inflammations qui surviennent autour de l'anse sigmoïde ne sont, en somme, que celles qu'on rencontre autour des différents segments du tube digestif, et on pourrait décrire, à côté de la pérityphlite, une péricolite ascendante, une péricolite tranverse et une péricolite descendante. Au point de vue de la pathologie générale, ce *morcellement* n'a pas lieu d'être; il ne prend un réel intérêt qu'au point de vue nosologique. Les périsigmoïdites rentrent dans le diagnostic *des tumeurs de la fosse iliaque gauche.*

Ces inflammations peuvent être *aiguës ou chroniques, propagées ou nées sur place.*

L'observation qui a servi de thème à cette discussion est un cas

de périsigmoïdite propagée et due à une infection des annexes. Beaucoup plus intéressantes sont les infections *nées sur place* ; je les crois dues ordinairement à une ulcération simple de l'intestin avec propagation péri-intestinale.

Les faits que j'ai observés peuvent se diviser en deux catégories :

1° Ceux qui ont trait à des infections chroniques.

2° Ceux qui ont trait à des infections aiguës.

J'ai opéré à la Pitié, en 1897, une malade qui m'était envoyée du service de M. Hayem avec les symptômes suivants :

Douleurs dans la fosse iliaque gauche depuis environ deux années. Douleurs survenant quelques heures après le repas, sans ballonnement du ventre, sans symptôme de péritonite chronique ; alternatives de diarrhée et de constipation. La palpation de la région révélait un léger empâtement au niveau de la fosse iliaque gauche, l'intestin paraissait un peu épaissi. La chronicité des lésions et des douleurs, l'impuissance du traitement médical, nécessitent une intervention. La laparotomie latérale gauche montra sur l'anse sigmoïde des franges épiploïques légèrement indurées, l'intestin plus ferme que normalement mais sans induration localisée, je refermai l'abdomen ; des accidents persistèrent pendant quelque temps, puis cette femme guérit complètement. Il est probable qu'il s'est agi là d'une ulcération simple de l'intestin avec *péri-sigmoïdite chronique.*

Un second fait de la même variété est le suivant :

Un homme de quarante-cinq ans entre dans mon service le 11 mars 1905, envoyé par son médecin, pour une tumeur de la fosse iliaque gauche. Les accidents dont il se plaint sont uniquement des alternatives de diarrhée et de constipation depuis un an, Son amaigrissement est continu, il n'a jamais eu ni hémorragies ni melena. Lorsque je l'examine, il est absolument cachectique, pâle décharné et dans la fosse iliaque gauche on sent une masse indurée, ligneuse, faisant corps avec elle et empiétant sur tout le cylindre intestinal. En certains points cette tumeur est maronnée. Le diagnostic de cancer de la fosse iliaque gauche s'imposait, et comme le malade était très cachectique et que les accidents d'obstruction cédaient à une simple administration d'huile de ricin, je refusai toute intervention. Le 5 janvier 1906, ce malade revenait à l'hôpital, et je ne le reconnaissais pas, tant son état général était modifié. Ce qui était le plus curieux, c'est que sa fosse iliaque gauche était absolument normale ; je fis examiner cette région par mes élèves qui avaient vu le malade autrefois, et grand fut l'étonnement de tout le monde quand je dis que le

traitement avait été une abstention pure et simple. Cet homme nous raconta qu'après son séjour à l'hôpital, il avait eu les mêmes accidents pendant quelques semaines, puis que tout s'était amendé.

C'est là le type des *inflammations chroniques pseudo-cancéreuses*, qui trompe si facilement dans l'appréciation des traitements médicaux qu'on applique quelquefois au cancer. La seule variété *aiguë* que j'ai observée est celle d'un malade qui entra dans mon service avec un phlegmon de la fosse iliaque gauche, dont l'origine semblait être une affection intestinale. L'abcès est largement ouvert, et on tombe sur une masse tellement dure que je n'hésite pas à porter le diagnostic du cancer de l'intestin ; quelques semaines après, il sortait complètement guéri. Il est vraiment très probable que tous ces cas ne sont que des lymphangites péri-intestinales aiguës ou chroniques, simples ou suppurées.

M. Paul Segond. — Deux faits de ma pratique relèvent directement de votre discussion actuelle sur les périsigmoïdites. Permettez-moi donc de vous en donner la brève relation.

L'un d'eux concerne une jeune femme qui m'a consulté, il y a une dizaine d'années, à propos d'une plaque phlegmoneuse de la paroi abdominale, située au devant de la partie supérieure du côlon ascendant, bien au-dessus de la région appendiculaire. L'incision m'a conduit sur une petite collection purulente bien circonscrite et située exactement entre la face profonde de la paroi abdominale et la paroi même du gros intestin. Guérison complète s'en est suivie. Elle ne s'est pas démentie depuis, et je crois bien qu'il s'agissait là d'un cas de péricolite suppurée, bien localisée et indépendante de toute lésion appendiculaire.

Mon deuxième fait est, à son tour, un exemple tout à fait indiscutable de périsigmoïdite. J'ajoute qu'il vient confirmer ce que disait l'autre jour notre collègue Hartmann sur les allures néoplasiques sous lesquelles se présentent souvent les tuméfactions inflammatoires périsigmoïdiennes. Il s'agit, en effet, d'un opéré dont je vous ai déjà parlé moi-même il y a trois ans, à propos, précisément, des *difficultés du diagnostic différentiel du cancer et des tumeurs intestinales simplement inflammatoires* (1).

Le malade en question (il avait alors quarante-cinq ans) était soigné depuis quelques mois par notre collègue Giraudeau pour des troubles d'entéro-colite, lorsqu'il fut pris brusquement d'accidents aigus avec tuméfaction inflammatoire dans la fosse iliaque gauche. Convaincu qu'il existait une collection purulente péri-

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, Paris 1903, t. XXIX, p. 591.

sigmoïdienne, je pratiquai l'incision voulue. Quelques gouttes de pus vinrent, il est vrai, sourdre sous mon bistouri, mais j'eus tout à fait la sensation d'inciser une tumeur intestinale, tumeur de consistance fibreuse, tumeur presque ligneuse. Ce diagnostic macroscopique était par bonheur absolument faux. Deux mois après l'opération, la fistule stercorale consécutive à l'incision s'était fermée spontanément, le pseudo-cancer avait fondu et, à cette heure, notre ancien condamné d'il y a huit ans possède, avec un ventre parfaitement souple, une santé merveilleuse.

Un autre détail de cette observation mérite de vous être signalé. Pendant les quinze jours qui ont suivi l'incision de la péri-sigmoïdite, les symptômes d'entéro-colite avait présenté une sorte de recrudescence et simultanément nous avons pu voir en haut du côlon descendant et autour du cæcum naître, puis spontanément disparaître, des tuméfactions profondes qui n'avaient pas laissé de nous inquiéter beaucoup. Le mot d'actinomycose fut même prononcé par un consultant qui prescrivit une pommade iodurée. La disparition rapide et spontanée de tout empâtement péri-intestinal est heureusement venu prouver qu'il s'agissait d'un simple processus inflammatoire et donner un argument de plus à ceux qui pensent avec raison qu'en pareil cas, il ne faut pas être trop pressé de prendre le bistouri.

Fin de la discussion sur le traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Routier. — Je n'ai pas eu à traiter un bien grand nombre de kystes hydatiques du foie, mais je tiens à donner ici ma statistique intégrale pour les raisons données par M. Quénu.

J'ai traité :

1 cas par la ponction au gros trois quart remplacé par un drain, le malade dut garder le drain dix-huit mois et mourut tuberculeux.
2 cas ont été traités par la ponction simple et ont guéri.
23 cas ont été traités par la marsupialisation ; j'ai eu quatre morts.
4 cas ont été traités par l'évacuation, la suture du kyste et la réduction sans drainage, j'ai eu quatre succès.

M. Pierre Delbet. — La nouvelle discussion sur le traitement des kystes hydatiques a été occasionnée par un rapport que vous m'aviez chargé de faire sur deux observations de M. Marion.

M. Marion a publié ailleurs ses observations, qui sont cependant imprimées dans nos Bulletins, et il y a ajouté quelques réflexions qui rendent la discussion difficile.

Dès le début de son article, la question prend sous sa plume une allure à laquelle nous ne sommes pas habitués. Il écrit en effet : « Les chirurgiens, français tout au moins, je le prouverai, ont cru bon de laisser dans l'ombre leurs échecs, par crainte d'être accusés de faute opératoire. »

Dissimuler leurs échecs et les dissimuler par crainte de passer pour mauvais chirurgiens : voilà ce dont M. Marion accuse les chirurgiens français. Dans aucun pays, on n'a jamais porté une accusation de cette nature contre des hommes de science. Les chirurgiens français, c'est vous, c'est nous, ce sont les membres titulaires, adjoints, correspondants de cette Société, car la chirurgie française n'a pas d'expression plus haute. Heureusement la probité, la loyauté, le caractère scientifique de nos discussions sont connus dans le monde entier et ce n'est pas une accusation, à la gravité de laquelle M. Marion n'a pas — je veux le croire — suffisamment réfléchi, qui portera atteinte à la considération dont notre Société est universellement et justement entourée.

Malheureusement, la documentation de M. Marion est si légère que M. Quénu n'a pu s'empêcher de s'écrier en en parlant : « Mais où M. Marion a-t-il pris tout cela? » A propos des travaux sur le formolage, M. Marion se livre à des réflexions d'un caractère si imprévu que M. Quénu en a tiré cette conclusion : « Il est certain que M. Marion n'a lu ni les uns, ni les autres. » J'en puis dire autant de nos propres travaux : il est certain que M. Marion ne les a jamais lus. Il prétend, en effet, que c'est après avoir employé la méthode de Bobroff que j'ai préconisé le capitonnage. C'est faux. La première fois que j'ai réduit un kyste hydatique sans le drainer, le 13 décembre 1895, je l'ai capitonné. C'était un énorme kyste du foie que j'avais pris pour un kyste de l'ovaire.

Ls gros argument de M. Marion contre la réduction sans drainage, c'est la statistique de Vegas et Cramwell. Il l'a choisie sans doute parce que ces deux auteurs ne sont pas grands partisans de la réduction sans drainage. Je le suivrai sur ce terrain, puisque c'est le seul qui ne lui semble pas suspect.

Le livre de MM. Vegas et Cramwell est volumineux, mais comme tous les kystes hydatiques y sont étudiés et qu'il renferme 970 observations le texte en est court. Les résultats de la statistique de kystes hydatiques non suppurés du foie tiennent en quatre lignes. Voici comment ils sont formulés.

« *Marsupialisation* : 254 cas avec 243 guérisons et 11 morts, dont une par tuberculose et une autre par diphtérie.

« *Suture sans drainage* : 125 cas avec 86 guérisons, 7 morts et 32 qui ont suppuré et ont été guéris par un drainage consécutif. »

Mais après « 7 morts » il y a un renvoi à une note qui est ainsi conçue (je traduis littéralement) : « un de ces malades est mort à cause d'un lavement de glycérine phéniquée administré par erreur de l'infirmière ».

J'ai cité intégralement le texte de Vegas et Cramwell. Ces auteurs n'ont pas fait de pourcentages. M. Marion en fait pour la mortalité. Dans ses calculs, il élimine des faits de marsupialisation, les deux cas où la mort a été due à la diphtérie et à la tuberculose. Et il a raison, puisque les auteurs les éliminent eux-mêmes. Cependant, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que le cas de mort par tuberculose pulmonaire est singulier. Voici *in extenso* l'observation de ce cas. « Kyste hydatique du foie; partie inférieure. Traitement : Marsupialisation et drainage. Mort par tuberculose pulmonaire. Entré le 20 octobre et mort le 20 novembre (Hôpital Rivadavia, 1898). » Je ne veux pas mettre en doute le rôle de la tuberculose. Mais comme il est probable qu'on n'aurait pas opéré une malade qu'on aurait jugé condamnée à mourir de sa tuberculose en moins d'un mois, on peut se demander si la suppuration consécutive au drainage n'a pas été pour quelque chose dans sa mort. Je n'insiste pas, et je répète que M. Marion était autorisé à éliminer ce cas.

Mais des faits de réduction sans drainage, il n'élimine pas le cas de mort dû au lavement phéniqué. Pourquoi? Le texte de Vegas et Cramwell est formel : « Un de ces malades est mort à cause d'un lavement de glycérine phéniquée administré par erreur de l'infirmière. » Pourquoi M. Marion ne l'élimine-t-il pas comme il élimine de l'autre côté le cas de mort attribué à la tuberculose. Peut-être parle-t-il du livre de Vegas et Cramwell comme il parle des travaux sur le formolage et de mes propres publications, sans l'avoir lu. Des hypothèses qu'on peut faire, c'est la plus favorable; c'est pour cela que je m'y arrête.

Toujours est-il qu'en procédant ainsi, M. Marion arrive à un chiffre qu'il a imprimé, qu'on copiera peut-être sans le vérifier et qui n'est pas exact.

Il attribue une mortalité de 5,6 p. 100 à la réduction sans drainage. Le chiffre exact d'après la statistique de Cramwell est 4,8 p. 100. La mortalité de la marsupialisation d'après la même statistique est de 3,5 p. 100. C'est donc une différence d'un peu plus de 1 p. 100.

Tout le monde reconnaîtra que pour une affection aussi protéique que les kystes hydatiques du foie, si variables dans leur siège que les uns se présentent comme des tumeurs du thorax,

les autres comme des tumeurs de l'abdomen, si différents par le volume que leur contenu va de quelques centimètres cubes à plusieurs litres. Tout le monde reconnaîtra qu'une différence de 1,3 p. 100 n'est pas de nature à entraîner la préférence du chirurgien.

Mais il faudrait au moins étudier les causes de mort, chercher si elles sont imputables à la méthode. C'est ce que n'ont fait ni MM. Végas et Cramwell, ni M. Marion. Or voici ce que je trouve pour les sept morts consécutives à la réduction sans drainage.

Cas 106. — La mort est due à un lavement phéniqué. Je n'y reviens pas.

Cas 132. — Je traduis littéralement l'observation : « Mort par péritonite (infection opératoire) au troisième jour. Le kyste était uniloculaire avec de nombreuses vésicules filles; liquide eau de roche. A l'autopsie, la poche périkystique était vide; ses parois aplaties et contractées. » C'est très court, mais c'est très net. Le kyste était en bonne voie de guérison et les auteurs eux-mêmes attribuent la mort à une infection opératoire. La méthode n'a donc rien à y voir.

Cas 239. — Je traduis encore littéralement : « Trente-trois ans. Sexe masculin. Italien, journalier. Kyste hydatique du foie. Traitement : Extraction de la membrane mère et suture sans drainage. Mort. Entré le 8 février. Les premiers jours après l'opération, température 38° et douleur, et le cinquième jour s'ouvre un petit abcès superficiel. Au seizième jour, abandonne le lit, paraissant guéri. Meurt brusquement pendant qu'il se promenait dans la salle. » L'autopsie a montré que la mort était due à des embolies venant de la veine cave. Cette dernière renfermait un caillot stratifié. Le kyste venait jusqu'à son contact, et la poche s'était remplie de liquide citrin. On ne peut affirmer que cette thombose ne se serait pas produite si on avait marsupialisé. On ne peut même pas affirmer qu'elle n'était pas antérieure à l'opération, puisqu'elle ne s'est révélée par aucun symptôme, et que les caillots stratifiés n'étaient pas récents.

Cas 523. Voici toute l'observation. « 10 ans, sexe féminin, Argentine; origine : Zarate (province de Buenos-Ayres). Kystes hydatiques du foie (trois). Traitement. Extraction de la membrane mère et suture sans drainage. Mort. Opérée le 29 novembre et morte par péritonite. (Hôpital des enfants, 1898.) »

Malgré son extrême brièveté, le texte indique nettement la cause de la mort, la péritonite. C'est donc encore une infection opératoire.

Cas 533. « Kyste hydatique du foie, partie supérieure. Traite-

ment : extraction de la membrane mère et suture sans drainage. Mort. Mourut le troisième jour. A l'autopsie on constate que la cavité du kyste était pleine de bile. » Il s'agissait d'un enfant de cinq ans.

Cas 597. « Mort le vingt et unième jour de l'opération. La plaie s'était ouverte et drainée le neuvième jour. »

Cas 625. « Kyste hydatique pédiculé du bord inférieur du foie. Traitement : extraction de la membrane mère et suture sans drainage. Mort au douzième jour de l'opération par obstruction intestinale. »

Ainsi, nous trouvons une mort par lavement phéniqué, une par obstruction intestinale, deux par péritonite et une par embolie. Restent donc deux morts qu'on peut attribuer à la méthode, celle d'un enfant de cinq ans et celle de ce malade chez qui le drainage s'est établi le neuvième jour. Encore pourrait-on soutenir, puisqu'il n'est mort que le vingt et unième jour, qu'il aurait également succombé si on avait fait le drainage d'emblée,

Maintenant, Messieurs, permettez-moi de vous faire remarquer que, les kystes suppurés toujours mis à part, il y a encore dans la statistique de Vegas et Cramwell onze cas de mort, qui ne figurent pas dans la table de mortalité en raison de l'insuffisance des renseignements sur le traitement. On peut être sûr, il me semble, qu'il n'y a pas de suture dans ces cas, car lorsqu'on fait une opération de ce genre, on le dit. Peut-être y a-t-il des ponctions. Mais il y a certainement des marsupialisations. Ainsi dans les observations 271 et 541, il est dit que les malades ont été opérés. C'est une expression que les chirurgiens n'emploient guère pour une ponction. Dans l'observation 475, on dit même que le malade a été laparotomisé. Si nous étions mieux renseignés sur ces onze faits, la proportion de mortalité ne serait-elle pas notablement changée? En les lisant, je songeais à ce que me disait M. Quénu dans une conversation particulière. « Je n'admets pas, me disait-il, l'argument du nombre. Quelques faits bien observés ont pour moi plus de valeur que des centaines regardés à la légère. » C'est la vérité même et j'ai seulement voulu montrer qu'on ne peut pas se servir de la statistique de Vegas et Cramwell pour condamner la réduction sans drainage. Aussi bien ces auteurs ne la condamnent-ils pas,

M. Marion écrit : « Dans les pays où le kyste hydatique est chose courante, la République Argentine par exemple, l'opinion des chirurgiens est faite et ils ont définitivement abandonné la méthode de la fermeture »; et il cite Vegas et Cramwell. Or voici les conclusions de ces deux auteurs : « 1° Le traitement d'élection

pour les kystes hydatiques du foie est la marsupialisation et le drainage; 2° La suture sans drainage est un procédé d'exception. Il se doit seulement employer pour les petits kystes à contenu aseptique. »

Il va sans dire que je ne considère pas la réduction sans drainage comme un procédé d'exception; j'ai seulement voulu montrer que les chirurgiens argentins ne l'ont pas définitivement abandonnée, puisqu'ils en formulent les indications.

Et, Messieurs, la lecture des observations que Vegas et Cramwll ont colligées, m'a remis en mémoire toute cette lamentable odyssée des marsupialisations, dont je vous ai entretenu tant de fois. Pour celles qui sont suffisamment explicites, on voit qu'un grand nombre d'opérés sont restés quatre mois à l'hôpital, et l'on ne peut pas dire qu'on hospitalise les malades avec excès dans la République Argentine, car certains malades traités par la réduction sans drainage sont sortis au bout de douze jours (obs. 410-412). Encore les marsupialisés guéris en quatre mois n'ont-ils pas à se plaindre. Trois sont restés cinq mois à l'hôpital (obs. 138, 393, 449). Un y est resté sept mois (obs. 199), deux, huit mois (obs. 408, 75). Deux y ont passé neuf mois (obs. 411, 448). Un, onze mois (obs. 381). Un douze mois (obs. 11); et il en est qui sont notés comme améliorés. Combien de temps les malheureux ont-ils traîné leur fistule et qu'est devenue leur cicatrice après ces longues suppurations?

Je reviens à la discussion qui s'est déroulée ici. Je ne m'arrêterai pas à la réduction poche ouverte dont j'avais fait la critique, puisque les orateurs qui en ont parlé, MM. Ricard et Quénu, l'ont rejetée.

M. Quénu a étendu les indications de la réduction sans drainage à certains kytes suppurés. Il a bien pris soin de spécifier qu'il parlait seulement des kystes dont le contenu, bien que présentant l'aspect puriforme, est devenu stérile. Il recommande, dans ces cas, de fixer la suture hépatique à la suture pariétale, et il a montré, par deux belles observations, que dans de telles conditions on peut obtenir des guérisons rapides. Ces deux cas sont fort intéressants. Il me paraît, comme à M. Quénu, qu'en prenant les précautions qu'il a indiquées, on ne fait courir aucun risque au malade. Quand la poche continue à suppurer, on la rouvre, à moins qu'elle ne se rouvre d'elle-même, comme il est arrivé dans le cas de M. Reclus, et le malade se trouve dans les mêmes conditions que si on avait marsupialisé le kyste. Quand au contraire la poche ne sécrète rien, on donne aux malades le grand avantage d'une guérison rapide et d'une bonne cicatrice.

Si les opérés de M. Quénu savaient qu'il leur a évité, par son innovation, une fistule de plusieurs mois, ils lui en seraient sans doute fort reconnaissants.

De votre discussion, Messieurs, est sortie une autre notion : c'est que, dans un certain nombre de cas traités par la suture sans drainage, la poche périkystique se remplit après l'opération, soit de bile, soit d'une sérosité plus ou moins septique. Ce sont, incontestablement, des échecs de la méthode.

Mais il faut remarquer tout de suite qu'il n'y a pas un seul fait, ni dans la statistique de Vegas et Cramwell, ni dans les observations apportées ici, où la poche remplie se soit rompue dans le péritoine. Dès le début de nos discussions, j'avais dit qu'une bonne suture me paraissait mettre à l'abri de ce danger. Les faits prouvent qu'il en est réellement ainsi, et c'est là un point d'une extrême importance. En effet, la poche rouverte à l'extérieur, le malade se trouve dans les mêmes conditions que si on avait fait la marsupialisation. Quelques-uns ont succombé, mais nul ne peut affirmer qu'ils ne seraient pas morts si on avait marsupialisé d'emblée. Et d'ailleurs, d'après la statistique de Vegas et Cramwell, même en acceptant les chiffres bruts, la différence de mortalité entre la marsupialisation et la réduction sans drainage est insignifiante. Et en analysant les causes de mort, on voit que cette différence s'évanouit.

Ainsi donc, quand la réduction sans drainage échoue, elle n'expose pas le malade à plus de dangers que la marsupialisation. Quand elle réussit, et c'est dans les deux tiers ou les trois quarts des cas, elle donne aux malades l'énorme avantage de guérir vite et avec une cicatrice solide.

De la fréquence relative de ces épanchements dans la poche adventice, n'en résulte pas moins la nécessité de surveiller les malades.

Quand cette poche se remplit, que faut-il faire? Une observation très intéressante de M. Quénu nous montre que l'on peut encore, dans certains cas, guérir le malade sans faire de drainage permanent. En effet, M. Quénu s'est borné à pratiquer trois ponctions successives.

Il s'agissait d'un kyste de la face convexe renfermant 3.250 grammes de liquide. Le malade a été opéré le 5 juin ; il a quitté l'hôpital le 10 août, et il est resté parfaitement guéri. Comme un kyste de trois litres et demi marsupialisé ne guérit jamais en deux mois, ce malade a certainement bénéficié de ces ponctions successives.

Guinard nous avait communiqué un cas du même genre. Ces deux faits prouvent qu'il ne faut pas se hâter de drainer la poche

périkystique lorsqu'elle se remplit après la suture. Même après cette réplétion secondaire, il est possible, comme le dit M. Quénu, d'obtenir encore la guérison rapide.

Cette réplétion n'en est pas moins fâcheuse, et il y aurait intérêt à l'éviter. Or, Messieurs, je ne l'ai jamais observée. Je ne reviens pas sur ma statistique, parce que je n'ai malheureusement rien de neuf à y ajouter. Je vous ai communiqué toutes mes observations, et depuis la malade que je vous ai présentée l'an dernier, je n'ai pas eu de kyste hydatique à traiter. Tous mes opérés ont bien guéri.

Si je n'ai jamais observé de réplétion post-opératoire de la poche périkystique, n'est-ce pas parce que je fais le capitonnage toute les fois qu'il est possible? Cette pratique n'a pas eu grand grand succès. Je la crois bonne. Je me suis demandé, il y a quelques années, si elle était utile dans les cas où la poche périkystique est assez mince et assez souple pour se laisser aplatir par la pression abdominale. La fréquence relative de la réplétion des poches adventices après la simple suture m'enlève toute hésitation. Je continuerai à faire le capitonnage toutes les fois qu'il sera possible, parce qu'il me paraît capable d'éviter la réplétion secondaire. Je vous rappelle qu'il m'a permis d'obtenir la réunion par première intention d'un kyste volumineux dans lequel s'ouvrait une fistule biliaire.

Je crois que, fait avec prudence, il n'a aucun inconvénient. M. Marion, qui l'a essayé, s'est arrêté parce que le passage des fils avait déterminé une hémorragie. C'est là un incident que j'ai observé plusieurs fois. Il est spécialement noté dans deux de mes observations. Dans ces deux cas, il a suffi de serrer les fils pour arrêter l'hémorragie et ces deux cas ont, comme les autres, réunis par première intention.

En somme, Messieurs, tous les faits publiés prouvent que la suture sans drainage est une bonne méthode, qui a, sur la marsupialisation, de grands avantages. Elle a un inconvénient : la réplétion de la poche adventice qui se produit dans 25 à 30 p. 100 des cas. Cet inconvénient, on peut l'éviter, si j'en crois mes propres observations, par le capitonnage. C'est pour cela que je me permet d'insister pour que ceux d'entre vous qui sont restés fidèles à la suture, et il me semble que c'est la majorité, veuillent bien essayer cet artifice.

Présentation de malade.

Thoracotomie pour abcès gangreneux chronique du poumon.

M. Tuffier. — Dans plusieurs de mes communications, depuis 1897, j'ai essayé de démontrer l'action curative des résections costales dans les suppurations chroniques du poumon, et j'ai assimilé ces foyers septiques aux pleurésies purulentes chroniques. Voici un malade dont l'histoire vient à l'appui de cette thèse. (Observ. prise par M. Fouché, externe.)

C'est un jeune homme de vingt-huit ans qui est entré le 31 janvier 1906 dans mon service de Beaujon pour une expectoration fétide et chronique.

A l'âge de sept ans il eut une pneumonie; en octobre 1903, il eut une pleurésie gauche métapneumonique. En janvier 1904, à la suite d'une nouvelle pleurésie diagnostiquée *interlobaire*, une vomique donna issue à plusieurs verres de pus, et, depuis cette époque, il est atteint d'une expectoration fétide d'abondance variable, en septembre 1905 hémoptysie, et une nouvelle congestion pulmonaire gauche assez grave. L'expectoration est plus abondante et a lieu pendant des quintes de toux surtout accentuées dès que le malade se couche à gauche.

Actuellement, il rend environ 300 grammes de pus par jour, la toux est fréquente et quinteuse. Il est très amaigri, émacié, avec une fièvre vespérale de 38°4 en moyenne, il présente la déformation hippocratique des phalanges.

Tout le *côté gauche du thorax est rétracté*, le cœur bat dans le troisième espace intercostal gauche sur la ligne axillaire.

La matité est complète de la moitié de la hauteur de l'omoplate jusqu'à la base, le sommet est sonore, les vibrations thoraciques sont exagérées dans toute l'étendue de la matité. Le murmure vésiculaire est très affaibli dans toute cette région. Dans le 1/3 moyen du poumon, il existe un *souffle amphorique* et un retentissement de la voix très nets. La *radiographie* montre une obscurité qui s'étend depuis l'ombre normale du cœur jusqu'à la base gauche du thorax. Les trois premiers espaces intercostaux sont translucides.

Opération le 3 février. Résection sur la ligne axillaire des 7e et 8e côtes dans l'étendue d'environ 8 centimètres affleurant la pointe de l'omoplate relevée. La plèvre adhérente, est incisée, le poumon sous-jacent est fibreux et crie sous le bistouri; à une profondeur, de trois centimètres, ne trouvant aucune cavité,

je ponctionne en divers sens avec une aiguille à rachis, sans résultat. Débridant alors en arrière en un point qui me paraissait plus dur, j'ouvre une petite cavité du volume de la dernière phalange du pouce ne contenant pas de pus (au début de l'anesthésie le malade a eu, comme cela est fréquent, une vomique considérable). Drainage par une mèche et un drain.

Les suites opératoires ont été remarquables, la température est tombée à 37°5, pour ne plus remonter, l'expectoration est nulle sauf quelques crachats hémoptoïques le premier jour. L'appétit est revenu. Suppression définitive du drainage, le 30 février.

Voici le malade aujourd'hui complètement guéri, ne toussant plus, ne crachant plus, et dont l'état général est parfait.

Présentations de pièces.

Calculs mobiles du rein et de l'uretère.

M. F. Legueu. — Je vous présente deux petits calculs du rein que j'ai extraits ce matin chez un malade de trente ans, qui depuis l'âge de douze ans avait des accidents de colique néphrétique à gauche.

La netteté de ces accidents intermittents m'avait permis facilement de faire, à l'aide de la clinique seule, le diagnostic de calcul du rein et j'avais fais faire la radiographie pour confirmer mon diagnostic.

Une première radiographie nous montra à ce moment un petit calcul dans le rein gauche. Le malade, n'ayant pas à ce moment accepté l'opération, dut être à nouveau radiographié six mois plus tard. A ce moment on constata qu'il y avait deux calculs dans le rein gauche, mais que ces calculs étaient mobiles et se déplaçaient facilement. Sur une série de *dix* radiographies faites par M. Contremoulin, que je remercie de son concours en cette circonstance, jamais nous n'avons pu trouver ces calculs en la même situation. Voici quelques exemples pris au hasard de ces radiographies toujours changeantes. Tantôt un des calculs est dans le rein, et l'autre est arrêté à la porte de la vessie, à la terminaison de l'uretère.

Cette mobilité nous permettait de penser qu'il y avait une grande dilatation du bassinet et de l'uretère.

Nous avons pu, à plusieurs reprises, constater que, en suspendant

le malade pendant quelques instants dans un hamac la tête en bas et en le secouant, on pouvait faire retomber les calculs dans le rein.

C'est cette constatation qui m'a permis d'aborder avec confiance l'opération chez ce malade.

Je l'ai d'abord mis sur la table en position très inclinée, presque verticale, et, pendant un quart d'heure, nous l'avons agité de petites secousses.

Après quoi, j'ai mis le rein à découvert : il était un peu dilaté, le bassinet et l'uretère l'étaient bien davantage. A ce moment j'ai pincé l'uretère dans une pince, et ai fait redresser le malade : et j'ai trouvé dans un calice les deux petits calculs que je vous présente.

Cette mobilité des calculs est assez exceptionnelle ; il faut tout de même y penser, et ne pas manquer, quand on fait une radiographie pour calcul du rein, de photographier toute la longueur de l'uretère, sans cela, un calcul mobilisé vers la partie inférieure de l'uretère pourrait passer inaperçu.

Fibro-myxo-sarcome du nerf sciatique gauche.

M. E. Potherat. — Je vous présente deux tumeurs que j'ai extirpées, il y a douze jours, du nerf sciatique gauche d'une malade de mon service.

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans. Les accidents ont eu une évolution rapide, car la première manifestation remonte au mois d'août dernier.

A cette époque, des douleurs apparurent qui conduisirent la malade à porter sa main à la cuisse gauche, où elle perçut une « boule » dure, du volume d'une noix.

Cette boule, cette tumeur, s'accrut progressivement au point d'atteindre il y a quinze jours le volume apparent d'une très grosse orange ; en même temps les douleurs devenaient de plus en plus vives ; elles se propageaient suivant le nerf sciatique, et l'exploration mettait en évidence la plupart des points douloureux de la sciatique ordinaire, avec des manifestations surtout vives sur le trajet du sciatique poplité externe.

Ces douleurs dans les deux derniers mois étaient devenues telles que la malade ne pouvait plus ni marcher, ni se coucher ; elle passait ses nuits sur une chaise, la fesse gauche débordant le siège, la jambe fléchie sur la cuisse, la cuisse fléchie sur l'abdomen. Cette attitude amenait une atténuation relative des crises

douloureuses; toutefois, elle ne dispensait pas de l'emploi de piqûres de morphine indispensable pour procurer un peu de repos à la malade.

A l'examen, il était facile de reconnaître en haut de la cuisse, en arrière, au niveau et au-dessous du pli fessier, une tumeur allongée, du volume du poing, située profondément, sous les téguments, entre les masses musculaires nées de l'ischion. Cette tumeur était un peu irrégulière à sa surface, ferme, dure, certaitainement solide.

Il n'y avait sur le membre aucune manifestation anormale, pas de troubles dans la circulation artérielle ou veineuse. Toutefois, il y avait un œdème assez marqué du bas de la jambe et du pied. Je pensai que cet œdème était dû uniquement à ce fait que la malade restait constamment la jambe fortement fléchie sur sa cuisse, et produisait ainsi artificiellement une compression veineuse, d'où l'œdème sous-jacent au creux poplité. Cette opinion trouva bientôt sa justification, car ayant déterminé la malade à rester couchée au lit pendant deux jours dans une attitude latérale, avec demi-flexion seulement du membre, l'œdème diminua considérablement. Il a disparu depuis l'opération, c'est-à-dire depuis que la malade reste dans l'attitude allongée normale.

Je portai le diagnostic d'ailleurs facile de tumeur du nerf sciatique : le siège de la tumeur, son indépendance manifeste du fémur et de son périoste, les douleurs sciatiques, ne permettaient pas de s'arrêter à un autre diagnostic. La marche rapide de la maladie indiquait à mon avis une tumeur maligne, et je conclus à un sarcome du nerf sciatique. Aucune adénopathie appréciable n'accompagnait la tumeur ; aucun symptôme ne permettait de supposer qu'il existât une manifestation viscérale. Rien ni dans l'état actuel de la malade, forte et vigoureuse, ni dans son passé pathologique n'offrait aucun intérêt.

J'opérai la malade le 9 mars. Une longue incision verticale me conduisit sur la tumeur. L'ayant dégagée sur la plus grande étendue de sa surface, je cherchai le tronc du sciatique, je le vis sortir du pôle inférieur de la tumeur qui l'entourait de toutes parts. Le cherchant au-dessus du néoplasme, j'eus beaucoup de peine à le trouver, car la tumeur s'élevait jusqu'auprès de la grande échancrure sciatique profondément sous le grand fessier. Le tronc traversait donc la tumeur, depuis l'échancrure sciatique, jusqu'à un point situé à une distance d'environ douze centimètres.

Je me demandais comment j'allais enlever le néoplasme; car il n'était évidemment pas possible de réséquer douze centimètres du tronc du sciatique. J'examinai attentivement la surface de la tumeur, et je vis un petit relief vertical ; en promenant la pointe

d'une sonde cannelée le long de ce léger relief, j'eus la satisfaction de trouver un plan de clivage, qui me permit d'enlever rapidement une première masse du volume d'un œuf. Plus haut il restait une seconde tumeur qui par une manœuvre analogue à la précédente fut facilement et rapidement enlevée ; elle avait également le volume d'un œuf de poule. Un petit plan fibreux transversalement disposé séparait les deux masses.

Le nerf sciatique après cette double ablation se présentait sous la forme d'un large et épais ruban, ou plutôt d'une gouttière demi-cylindrique ouverte en arrière. Suture de la plaie cutanéo-aponévrotique avec petit drainage.

La malade à la suite de cette intervention n'a présenté aucun accident, sauf un certain degré de parésie des muscles du membre inférieur particulièrement de la jambe. Cette parésie est d'ailleurs en voie d'amélioration. La sensibilité a été conservée, les douleurs ont disparu, la réunion s'est faite par première intention.

L'examen des deux tumeurs a montré qu'elles avaient macroscopiquement même aspect extérieur, même morphologie ; cependant la tumeur supérieure était d'une dureté fibreuse, la tumeur inférieure, un peu moins résistante.

L'examen histologique, dû à mon interne M. Lew, vérifié par M. le Dr Lorrain, et sur des préparations que j'ai vues moi-même, a révélé que ces tumeurs étaient constituées par un tissu conjonctif adulte, au milieu duquel se voient de nombreux éléments embryonnaires : par places, on n'aperçoit aucun élément histologique, ce sont des espaces absolument amorphes. Cet examen montre donc qu'il s'agit d'un fibro-myxo-sarcome.

Avortement tubaire.

M. Savariaud. — Ablation d'une trompe, au moment de la production d'un avortement tubaire. — (M. Reynier, rapporteur.)

Présentation d'instrument.

Les gants de caoutchouc, modèle de Chaput. Description et mode d'emploi.

M. Chaput. — *Description.* — Les gants de Chaput, créés en 1899, et présentés à la Société de chirurgie en 1901 sont basés sur deux principes : largeur et brièveté des doigtiers. Ces deux

caractères leur donnent tout d'abord un aspect disgracieux; ce sont, cependant, leurs deux qualités essentielles. En effet, les doigtiers longs dépassent toujours les doigts de l'opérateur et le

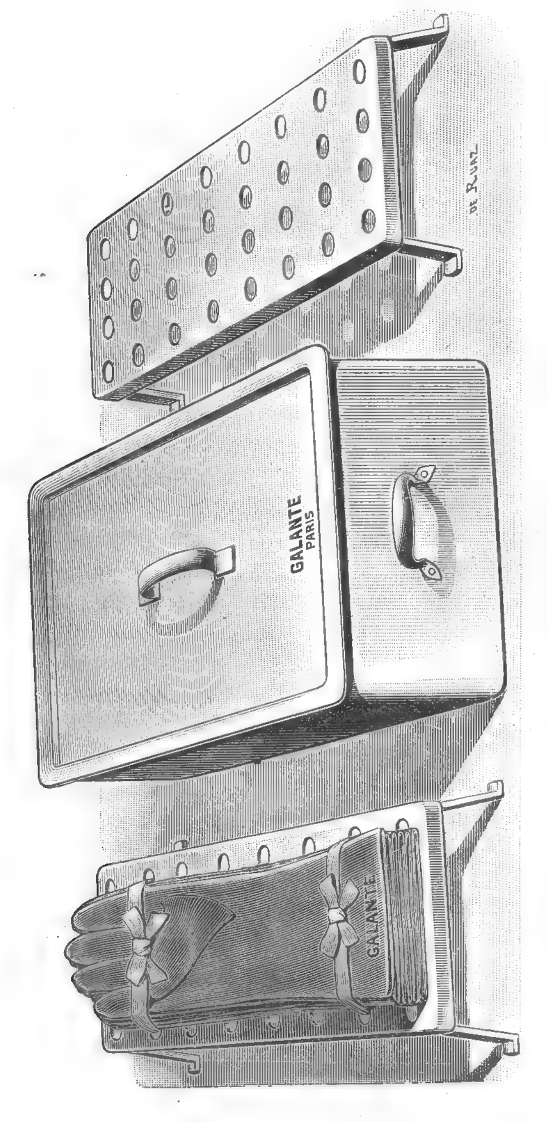


Fig. 1. — Bouilleur pour les gants. A droite le chevalet isolé. A gauche le même avec les gants fixés.

gênent, tandis que les doigtiers courts sont toujours étroitement appliqués sur l'extrémité des doigts et permettent une délicatesse de toucher et une habileté peu différentes de celles de la main nue.

La largeur des doigtiers n'est pas moins utile que leur brièveté ; des doigtiers bien moulés sur le doigt gênent la circulation et fatiguent tellement l'opérateur qu'au bout de quelques minutes il est obligé d'enlever ses gants. Les doigtiers larges ne provoquent pas la moindre fatigue.

Ajoutons que les gants de Chaput sont assez résistants pour bouillir tous les jours pendant deux mois sans s'altérer.



Fig. 2. — Egouttement des gants. Fig. 3. — Manière de mettre les gants sans les salir.

A la longue ils se distendent exagérément et ne sont plus bons qu'à faire des pansements ou des opérations très simples.

Il existe deux types de gants de Chaput :

1° Le gant chirurgical, qui mesure 30 centimètres de longueur.

2° Le gant obstétrical, qui couvre la partie inférieure du bras (en usage pour la version). Longueur 55 centimètres.

Un modèle unique convient à toutes les mains d'hommes. Il y aurait lieu de faire un modèle pour mains de femmes.

Mode d'emploi des gants chirurgicaux. — Il est indispensable d'avoir trois jeux de gants; des gants aseptiques, des gants septiques et des gants d'autopsie. Ces jeux ne doivent jamais être mélangés et doivent bouillir dans des récipients spéciaux pour chaque catégorie.

Ebullition des gants. — Avant de mettre les gants à bouillir, il faut les éprouver en les remplissant d'eau, afin de voir s'ils sont

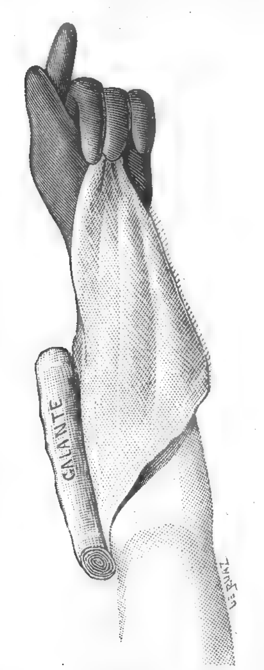



Fig. 4. — Application de la garniture de l'avant-bras.

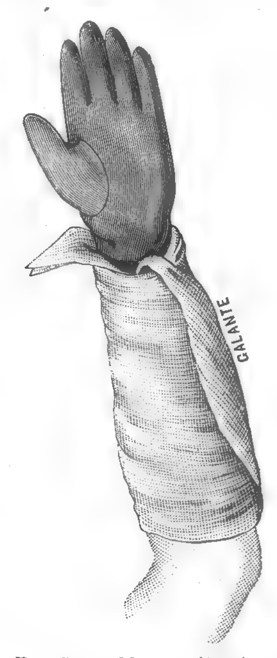


Fig. 5. — Moyen d'arrêter la bande de gaze.

percés. Dans l'eau bouillante, les gants se gonflent d'air ou de vapeur d'eau, surnagent et échappent en partie à la stérilisation. Pour éviter cet inconvénient, je conseille d'employer le bouilleur de Leclerc inventé par mon ancien panseur en 1903 — et construit d'abord par Bédouet. — Ce bouilleur se compose d'une grande boîte rectangulaire en fer émaillé, au fond de laquelle repose un chevalet muni de trous présentant des dimensions différentes pour supporter des gants posés à plat.

Les gants à stériliser (en nombre quelconque) sont posés sur le chevalet, recouverts d'une compresse de toile et fixés par des cordons plats arrêtés par des boucles.

Le chevalet est placé dans la boîte, on ajoute de l'eau jusqu'aux trois-quarts de la boîte et on fait bouillir une heure. Une demi-

heure avant de s'en servir on vide l'eau en excès, et on incline légèrement la boîte de façon que les gants puissent se vider de l'eau qu'ils contiennent.

Application des gants. — On ne doit pas toucher avec ses mains les doigtiers des gants de caoutchouc, pour ne pas les infecter.

Pour cela il faut saisir chaque gant par le sommet du doigtier du médius avec une pince à disséquer.

La main libre tient le gant par le bord de la manchette, et fait

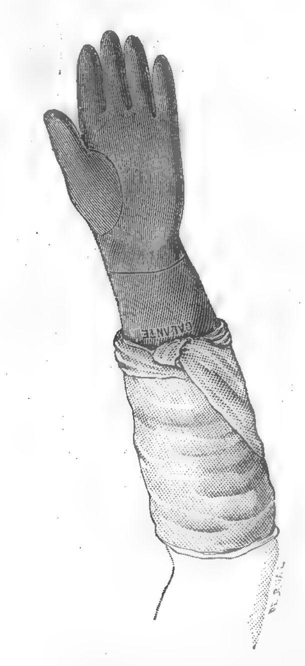


Fig. 6. — L'application de la bande d'avant-bras est terminée.

bâiller son ouverture. On secoue le gant de haut en bas jusqu'à ce qu'il ne s'en écoule plus aucune goutte d'eau.

Avec les deux mains, on fait à la manchette un retroussis qui fournira un point d'appui solide pour les tractions. On introduit alors une main dans le gant, par des mouvements de reptation, tandis que l'autre main tire avec force pour enfoncer le gant.

Il est indispensable que la pulpe des doigts soit en contact intime avec l'extrémité des doigts du gant.

Garniture des avant-bras. — Il est nécessaire de garnir les avant-bras, tant pour garantir l'opéré contre l'écoulement qui provient de l'intérieur des gants, que pour préserver l'opérateur

contre les liquides septiques. On se sert pour cela d'une bande de gaze en plusieurs épaisseurs large de 15 à 18 centimètres et longue de 1 mètre.

Pour l'appliquer on en déroule environ 20 centimètres, et on fixe la bande avec les doigts fléchis. On porte la bande obliquement jusqu'au pli du coude, on fait quelques tours sur l'avant-bras, puis on redescend au point de départ.

On enfouit alors le chef libre sous les premiers tours de bande.

Pendant l'opération, on peut laver les gants avec de l'eau bouillie ou une solution antiseptique, puis les essuyer avec une compresse stérilisée sèche.

Nettoyage et conservation des gants. — Aussitôt l'opération terminée, l'opérateur gardant ses gants les lave soigneusement au savon. — S'il a les mains un peu fortes il n'ôtera pas ses gants lui-même de peur de les déchirer, il se les fera tirer par un aide.

On peut conserver les gants soit dans l'eau bouillie renouvelée tous les jours, soit dans l'eau additionnée de borate de soude dont la conservation est indéfinie.

Avantages des gants de caoutchouc. — Ils permettent une asepsie beaucoup plus parfaite en garantissant les mains de l'opérateur de tout contact septique; la division des gants en septiques, aseptiques, gants d'autopsie donne les meilleures garanties. On peut faire bouillir les gants tandis qu'on ne peut stériliser efficacement les mains. Enfin les gants permettent d'opérer sans aucun risque avec de petites lésions des mains qui seraient dangereuses pour les grandes opérations.

Le Secrétaire annuel,

P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 28 MARS 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. FÉLIZET et RICARD, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. HARTMANN dépose sur le bureau de la Société un travail de M. SILHOL, sur *un cas de botryomycose.*
Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. HARTMANN est nommé rapporteur.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire et invite les candidats à cette place à adresser au bureau leurs lettres de candidature.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des gros kystes de l'ovaire.
Enorme kyste de l'ovaire du poids de 60 kilogrammes.

M. Antonin Poncet. — J'ai connu une période dans laquelle les kystes ovariques monstrueux comme ceux dont nous ont parlé nos collègues Tuffier et Segond n'étaient pas très rares. Je me souviens au début de mes études médicales, et même après dans ma pratique, avoir vu plusieurs cas de ce genre. A cette époque, de telles malades refusaient une opération radicale, qui souvent du reste, ne leur était même pas proposée. Leurs ventres continuaient à grossir et pour remédier aux divers accidents plus ou moins graves qu'entraînait cet hyperaccroissement, parfois colossal, on se contentait des ponctions plus ou moins répétées.

C'est ainsi que de telles malades ont pu être ponctionnées plusieurs centaines de fois.

Aujourd'hui et depuis longtemps déjà il n'en est plus heureusement de même.

Je crois bien cependant, que dans certaines contrées un peu perdues de notre pays, dans certaines régions montagneuses encore assez isolées de la communauté générale, on pourrait observer d'énormes kystes ovariens, remontant à des années.

Voici, dans tous les cas, l'observation illustrée d'une très belle tumeur de ce genre qui m'a été fournie, il y a dix-sept ans, par une femme de cinquante-sept ans, venue à l'Hôtel-Dieu de Lyon, de Bibost, petit village du département du Rhône.

Ce fait n'a d'intérêt que par les dimensions considérables du ventre, et aussi par la guérison qui suivit l'opération.

Je le résume donc en quelques mots, tel que je le retrouve dans mes notes, recueillies immédiatement après l'opération.

La paroi abdominale incisée, je constatai une symphyse totale, absolue, du péritoine pariétal avec la paroi antérieure de la tumeur, qui, entre parenthèses, avait été ponctionnée plusieurs fois, en dehors de ma clinique, et dont le liquide retiré avait toujours été, au dire de la malade, clair, jaunâtre, mais visqueux, filant.

La ponction pratiquée à ce moment, et très lentement, donna issue à 50 litres d'un liquide, présentant les mêmes caractères de coloration, de consistance.

La poche largement ouverte, je trouvai dans son fond, sur la paroi postérieure, une tumeur énorme du volume d'une tête et demie d'adulte.

Cette masse d'apparence polykystique était fixée à la poche par un pédicule de trois travers de doigts environ de longueur. Pour rendre les manœuvres ultérieures plus faciles, j'enlevai avec la main cette masse qui se détacha aisément, sans hémorragie, puis



Fig. 1. — Malade porteur d'un énorme kyste de l'ovaire, du poids de 60 kilogrammes.

je passai à la décortication du kyste. Cette dernière fut extrêmement laborieuse. Tout d'abord, je ne pouvais parvenir à trouver un plan de clivage, et à diverses reprises, je dus abandonner celui que je suivais; la poche plutôt mince se déchirait, à chaque instant, sous les doigts.

Ces adhérences intimes n'étaient heureusement que pariétales et épiploïques.

Je puis faire une ablation complète. L'intestin, qui rappelait par ses dimensions, par son petit volume, un intestin de poulet,



Fig. 2. — La même malade, six semaines après l'ovariotomie.

était refoulé sous le diaphragme, où il occupait un très petit espace ; il était libre, non adhérent.

Je me hâtai de refermer le ventre, et en raison de la faiblesse de la malade, je n'enlevai aucune tranche de cette paroi abdominale qui faisait l'office d'un vaste tablier. Quelques sutures furent

rapidement pratiquées et un gros drain, vers l'angle inférieur de l'incision, fut placé dans le ventre.

Les suites ont été très simples et voici deux photographies de cette malade avant et après l'opération, qui eut lieu le 18 février 1889. L'ovariotomisée quitta l'Hôtel-Dieu le 30 mars.

Cinquante litres, vous ai-je dit, d'un liquide gommeux s'étaient écoulés après la ponction. Si on ajoute à ces cinquante litres, le poids de 4 kil. 300 de la tumeur intra-kystique constituée par de nombreuses tumeurs agglomérées, à contenu colloïde, et si l'on tient compte de la densité notablement plus grande de ce liquide visqueux, plus lourd qu'un liquide aqueux, on arrive au chiffre minimum de 60 kilogrammes que j'ai donné dès le début.

Discussion sur le Botryomycose.

1° *Dix-neuf cas de botryomycose*, par M. THIERRY; 2° *Deux cas de botryomycose*, par M. LENORMANT; 3° *Deux cas de botryomycose*, par M. DUJARRIER; 4° *Botryomycose ou plutôt granulome télangiectasique de la muqueuse de la voûte palatine*, par M. LECÈNE; 5° *Un cas de botryomycose*, par M. SILHOL.

Rapport par M. Henri HARTMANN.

Les observations de botryomycose publiées dans nos Bulletins sont rares. Si nous laissons de côté 5 faits relatés tout récemment par le professeur Poncet (de Lyon) (1), nous n'y trouvons que trois communications : une de M. Brault (2) avec 2 cas; une de M. Picqué (3) avec 2 observations; une de mon maître Terrier (4) avec 1 fait; on serait presque tenté de conclure à la rareté de la botryomycose à Paris.

Il n'en est rien, croyons-nous. Si les observations se sont multipliées dans la région lyonnaise, c'est que la question de la botryomycose est pour ainsi dire née à Lyon, qu'elle y a été étudiée, que les observations en ont été recherchées et ont été

(1) Poncet. Botryomycose humaine, 5 observations inédites, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1906. p. 305.

(2) Brault. Deux cas de botryomycose observés à Alger, *ibidem*, Paris, 1901. p. 729 et 827.

(3) Picqué. Note sur deux tumeurs présentant l'aspect de la botryomycose humaine, *ibidem*, 1903, p, 234.

(4) Terrier, *ibidem*, p. 241 et 285.

immédiatement publiées (1). Dans la réalité, il a suffi qu'à Paris un de nos collègues se mît à noter les malades atteints de botryomycose pour qu'en quelques années il arrivât à un nombre de faits imposant. Les 19 moulages que nous a montrés M. Thierry suffisent pour établir que lorsqu'on ne les laisse pas échapper, les cas de botryomycose sont aussi fréquents à Paris qu'à Lyon.

Il y a donc lieu d'attirer votre attention sur cette maladie un peu singulière. C'est ce que je vais tenter de faire en rapprochant les 19 observations de M. Thierry, de 6 autres communiquées par MM. Dujarrier, Lecène, Lenormant, Silhol, et de 2 faits personnels, m'appuyant au total sur 27 observations nouvelles.

Douze fois il s'agissait de malades appartenant au sexe féminin, 15 fois de malades du sexe masculin; cette prédominance du sexe masculin est même plus considérable dans les autres statistiques faites. Dans celle de Legroux (2), on trouve 32 hommes pour 18 femmes.

L'âge, indiqué dans 26 des 27 observations que nous analysons, a varié de quinze à soixante et onze ans.

De 15 à 24.	8 cas.
De 25 à 34.	5 —
De 35 à 44.	4 —
De 45 à 54.	5 —
De 55 à 64.	3 —
A 71 ans.	1 —

La profession ne semble avoir aucune influence, et la fréquentation des chevaux, que l'on a incriminée autrefois, ne semble jouer aucun rôle. Dans un certain nombre de cas, on note l'existence d'une petite plaie antérieure, mais ce commémoratif manque le plus souvent, et le botryomycome se développe sans plaie constatée préalablement, sur une peau saine ou après une blessure légère, une simple piqûre par exemple.

Cliniquement, la maladie se présente avec des caractères généraux identiques; les observations, objet de ce rapport, ne font que confirmer ce qui a déjà été dit par l'école lyonnaise.

Il existe une prédominance très marquée à la main, 18 cas sur 27, et particulièrement à la face palmaire. Une seule fois, le botryomycome occupait la face dorsale de l'annulaire. Dans les 17 autres cas, il siégeait sur la face palmaire (5 fois sur l'index, 3 fois sur le pouce, 2 fois sur la région palmaire, 2 fois sur l'éminence

(1) Poncet et Dor. Botryomycose humaine, *Congrès français de chirurgie* Paris, 1897, p, 38.

(2) Legroux. La botryomycose, *Thèse* de Paris, 1903-1904.

thénar, 3 fois sur l'éminence hypothénar, 2 fois sur l'auriculaire).

Dans les 9 derniers cas, la tumeur occupait le gros orteil (2 cas), la jambe, le bras, la région sus-hyoïdienne, le lobule de l'oreille, la langue, la face muqueuse de la lèvre, le palais. Le botryomycome, tout en y étant exceptionnel, peut donc se développer sur des muqueuses.

Toujours le botryomycome s'est présenté avec les mêmes caractères. Tumeurs dont le volume varie d'un très petit pois à une cerise, arrondie, sortant par un trou de l'épiderme, qui quelquefois remonte sur la partie voisine de la tumeur, qui le plus souvent en est séparé par un sillon, siège d'une légère suppuration.

En général, les tumeurs, qui ressemblent à première vue à un bourgeon charnu, s'étalent comme un champignon, d'où le nom de champignon de castration, que leur ont donné les vétérinaires qui les connaissaient bien avant que l'on en eût montré l'existence chez l'homme (1). Leur consistance est un peu élastique, et leur surface ulcérée, couverte de croûtes jaunâtres.

Indolentes, ces tumeurs sont simplement gênantes, et, par suite de leur siège sur des parties découvertes, exposées à de petits traumatismes qui déterminent des hémorragies, car ces tumeurs sont facilement saignantes.

La guérison spontanée à la suite de la nécrose du pédicule de la tumeur a été observée par Delore (2); elle n'est notée dans aucune des 27 observations, objet de ce rapport. Cette guérison par élimination est, du reste, tout à fait exceptionnelle et, bien au contraire, ce que l'on observe, c'est la résistance aux moyens habituels de traitement des simples bourgeons charnus. Après excision d'un coup de ciseaux et cautérisation de l'implantation au nitrate d'argent, la tumeur repousse avec une rapidité étonnante. Ce fait nous avait frappé dans nos deux observations personnelles.

Les petites cautérisations, les applications de teinture d'iode, etc., ne font que donner un coup de fouet à l'évolution.

Pour obtenir la guérison, il faut exciser le pédicule.

Comme on le voit par les quelques caractères cliniques que nous venons d'énumérer : tumeur siégeant le plus souvent à la paume de la main, généralement pédiculée, faisant penser à un examen superficiel à un bourgeon charnu, mais en différant par sa résistance aux moyens habituels de traitement, par sa tendance hémorragique ; il s'agit bien là d'une maladie spéciale.

(1) Bollinger. Ueber Botryomycose beim Pferd, *Deutsche Zeitschr. für Tiermedicin*, 1887, t. XIII, p. 176.

(2) Delore, *in* Poncet, Botryomycose, *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1902, p. 309.

La théorie ancienne qui voulait que ces tumeurs fussent déterminées par la présence d'un champignon, le botryomyces, est aujourd'hui abandonnée. M. Poncet qui, avec son élève Dor, s'en était constitué le défenseur, l'a lui-même délaissée. S'agit-il là de simples bourgeons charnus ; nous ne le croyons pas, la maladie ayant un aspect clinique tout spécial.

Histologiquement du reste, la structure n'est pas absolument celle du bourgeon charnu. Comme on le voit dans nos examens et dans ceux accompagnant les observations de Dujarrier et de Lecène, il y a un développement extrême des vaisseaux capillaires, donnant même parfois aux coupes l'aspect d'une coupe d'angiome, et, particulièrement au voisinage du pédicule, une tendance à la transformation en tissu adulte du tissu conjonctif embryonnaire.

Aussi y aurait-il peut-être lieu, comme le fait, à l'exemple de Küttner (1), M. Lecène, de substituer pour ces tumeurs inflammatoires d'allure si spéciale, la dénomination de granulome télangiectasique, qui résume deux de leurs principaux caractères, à celle de botryomycome qui ne fait que consacrer une erreur.

M. Broca. — J'ai, moi aussi, observé quelques-unes de ces tumeurs granuleuses spéciales appelées botryomycomes, toutes situées à la face palmaire de la main : deux chez l'enfant, chez des filles, trois chez des adultes, tous masculins et assez âgés. Je ne puis que confirmer la description clinique, telle que vient de la résumer Hartmann, et avec cet aspect, avec la résistance étonnante aux cautérisations au nitrate d'argent, il y a évidemment là quelque chose de très particulier, mais je dois dire que dans les cas que j'ai fait examiner, l'histologie n'a permis de trouver aucun micro-organisme spécial, et on m'a répondu qu'il s'agissait de bourgeons charnus.

A ce propos, je signalerai une lésion à quelques égards comparable, certains bourgeons charnus de l'ombilic chez le nouveau-né. Il en est qui persistent parce qu'ils contiennent des restes de muqueuse intestinale enclavés, mais ce n'est certainement pas constant, et par exemple il n'y avait que du tissu de bourgeons charnus dans les six derniers que j'ai fait examiner. Or, ces petites tumeurs, aussi rebelles au nitrate d'argent dans certains cas, et qu'il faut alors exciser, forment des masses pédiculées, framboisées, à surface luisante qui rappellent assez l'aspect des tumeurs analogues dites de botryomycose. Je ne

(1) Küttner. Ueber teleangiektatische Granulome, *Beitr. z. klin. Chir.*, Tubingen, 1905, t. XLII, p. 1. (On trouve dans ce mémoire une bibliographie très étendue de la question).

prétends nullement établir une assimilation pathologique, mais il y a en clinique une certaine analogie.

M. A. PONCET. — J'ai entendu avec un grand plaisir le rapport si documenté de M. Hartmann. Il établit la fréquence de la botryomycose humaine à Paris, comme à Lyon, et confirme nos recherches antérieures.

Quant au mot de *botryomycome* que M. Hartmann propose de remplacer par celui de *granulome*, terme vague qui a été déjà employé par Legrain de Bougie, entre autres, il me semble devoir être conservé, quoique, ainsi que je le reconnais volontiers, le botryomyces n'ait pas été constaté.

Il ne faut pas oublier, en effet, que si nous discutons sur le botryocoque dans l'espèce humaine, les vétérinaires discutent, non moins, sur sa présence, sur ses caractères chez les animaux. Or, il existe une grande analogie entre les lésions dites botryomycosiques de l'homme et du cheval, analogie qui, jusqu'à nouvel ordre, me semble imposer une même dénomination.

A l'heure actuelle, ainsi que je l'ai dit déjà bien des fois avec mon chef de laboratoire, le Dr L. Dor, nous avons une lésion spécifique, uniquement au point de vue clinique, mais il est très possible, quoique jusqu'à présent ces recherches aient été plutôt négatives, que l'on trouve, un jour ou l'autre, une spécificité anatomique, qui, je le reconnais sans peine, fait aujourd'hui défaut et pour les chirurgiens et pour les vétérinaires.

A propos de cette discussion, voici une nouvelle observation de botryomycose de l'index droit qui mérite de prendre place à côté des cinq cas inédits que j'ai communiqués à la Société de chirurgie dans l'avant-dernière séance.

Cette observation a été recueillie ces jours-ci par mon interne, M. Leriche.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, ménagère, mère de trois enfants en bas âge, qui fut envoyée le 19 mars dernier, dans mon service, par le Dr Voron, accoucheur de l'Hôtel-Dieu.

Il y a deux mois, en faisant son feu, cette femme s'est piquée avec une écharde de bois. Elle n'y attacha aucune importance, mais la plaie insignifiante, saignait constamment, au moindre heurt. Insensiblement, et sans qu'il soit possible de faire préciser une date, la peau s'est fissurée pour laisser apparaître une petite tumeur rosée, suintante, dont la pression est douloureuse et que tout contact fait saigner.

Aujourd'hui l'aspect est typique. L'index droit porte sur la face palmaire une petite tumeur pédiculée avec chapeau étalé. Un liséré blanchâtre, revêtu d'un enduit melicérique, odorant, à

bords décollés, surplombe le sillon qui entoure le pédicule. Bref *botryomycome caractéristique*.

Excision avec des ciseaux courbés et curetage de la petite cupule de façon à supprimer toute la base d'implantation qui est assez profonde.

Je n'ai rien à ajouter à cette observation qui est, vous pouvez en juger par la photographie, non moins classique que les précédentes.

Botryomycose de l'index droit.

Je la verse simplement au débat sur la botryomycose humaine.

Un mot, en terminant, sur l'odeur du botryomycome signalée par M. Leriche.

Cette odeur particulière, nous l'avons constatée plusieurs fois, Dor l'a signalée dans des cultures du botryocoque. Les cultures dégagent une odeur aromatique, *odeur rafraîchissante*, qui rappelle celle des fraises, tandis que les cultures du staphylocoque pyogène sentent le lait aigre.

M. Hartmann. — M. Poncet, comme nous, n'admet plus l'existence du botryomyces. Je ne vois donc pas très bien pourquoi il tient au mot botryomycose qui a l'inconvénient de faire penser à une maladie due à un champignon comme l'actinomycose. Nous connaissons cliniquement la maladie, nous en ignorons les causes; pourquoi lui donner un nom qui, dans l'état actuel, fait croire à l'existence d'une cause spéciale que tout tend à faire croire, erronée. Il me semble plus juste de lui donner une dénomination en rapport avec ses caractères anatomo-pathologiques principaux jusqu'au jour où nous en connaîtrons la cause et où nous pourrons lui donner le nom qu'elle mérite.

A propos de la discussion sur l'anesthésie par la scopolamine.

M. Routier. — Si j'ai demandé la parole, c'est simplement pour dire à mon ami Walther, sans lui en faire un trop gros reproche, qu'il me paraît avoir un peu forcé la note en faveur de la scopolamine, comme cela arrive du reste quand on veut faire adopter quelque chose de nouveau.

Je suis certain qu'avant d'employer cet alcaloïde, il lui est souvent arrivé d'endormir au chloroforme et sans accidents des malades aussi gravement tarés que ceux dont il nous a parlé.

Pendant que notre collègue faisait sa communication, il réveillait chez moi le souvenir de deux malades notamment, qui étaient grasses, âgées, emphysémateuses, à cœur gras et flasque, et qu'il fallait cependant endormir, pour leur pratiquer, non point une opération simple et de courte durée, comme une appendicite chronique, mais une opération laborieuse, l'ablation de l'utérus pour des cancers du corps.

Inquiet sur la façon dont elles supporteraient le chloroforme, je redoublai avec elles de soins et de précautions : eh bien, ces deux dames âgées de soixante-deux et soixante-douze ans, ont parfaitement subi cette épreuve : elles ont dormi d'un sommeil calme et n'ont présenté de vomissements ni pendant, ni après. Le chloroforme leur avait été administré avec la compresse.

A propos des vomissements post-chloroformiques, plus je vais, plus je trouve qu'il faut être réservé : je n'ai jamais pu, pour ma part, établir un rapport bien direct entre les vomissements post-chloroformiques et la durée de la chloroformisation ou la quantité de chloroforme employée.

J'ai vu des malades endormis pour quelques instants seulement, par exemple pour une dilatation de l'anus, opération qui me semble être celle que nous faisons le plus rapidement, vomir pendant douze, vingt-quatre, trente-six heures. Tel autre malade, au contraire, maintenu 30 minutes, 45 minutes sous le chloroforme, ne vomira pas du tout.

Dernièrement, je crois avoir fait la séance de chloroformisation la plus longue de ma carrière chirurgicale. J'ai suturé une pseudarthrose du fémur : l'appareil plâtré qu'on appliquait consécutivement n'a pas tenu, il a fallu aller chercher d'autre plâtre, tailler un autre appareil; je crois que le malade est resté deux heures un quart sous le chloroforme, il n'a eu aucune suite fâcheuse.

Il existe, je crois, une prédisposition individuelle qui est même variable chez le même individu; j'ai vu des malades endormis à quelques mois, à quelques années d'intervalle, réagir très diffé-

remment : tel qui aura été très malade une première fois ne le sera pas une seconde et inversement.

Aussi, les exemples cités par M. Walther de sujets chez lesquels par l'emploi de la scopolamine on a évité les suites fâcheuses du chloroforme ne sont pas pour me convaincre. A l'appui de cette opinion, je puis lui citer un cas tout récent, qui montre bien que la scopolamine n'a eu aucune influence sur la manière dont le sujet a réagi au chloroforme.

Il s'agissait d'une dame que j'allais opérer pour la quatrième fois d'une récidive de cancer du sein.

Cette dame avait toujours eu une grande répugnance pour le chloroforme, répugnance justifiée, car elle le supportait fort mal, sans s'en douter.

Chaque fois que j'avais eu à l'endormir les mêmes phénomènes se reproduisaient, chaque fois plus violents, partant plus inquiétants. Après quelques bouffées de chloroforme, la toux commençait, puis la respiration devenait difficile, et la dernière fois elle s'était arrêtée. Une fois chez elle j'ai essayé avec l'appareil Roth-Dræger, et j'ai dû lui enlever le masque et revenir à la compresse qui, je vous le répète, ne nous donna pas grande satisfaction.

Ce n'est donc pas sans une très grande appréhension que j'allais pratiquer ma quatrième anesthésie.

Entrée dans une maison de santé où on a l'habitude de manier la scopolamine, ma malade en avait entendu parler et me demanda si je ne m'en servirais pas avec elle ; je souscrivis de suite à sa demande.

Il lui fut fait une injection d'un milligramme de scopolamine une heure avant l'opération.

Quand j'arrivai elle était dans ce sommeil décrit par tous ceux qui se servent de cet alcaloïde ; je procédai moi-même à l'anesthésie avec la compresse.

Bientôt tous les phénomènes que j'avais déjà observés se reproduisaient, toux, respiration difficile, état congestif, bientôt violacé de la face ; enfin, arrêt total de la respiration.

J'ai dû pratiquer quelques instants la respiration artificielle.

La scopolamine n'avait donc en rien modifié la réaction personnelle de ma malade ; mais pour être juste, je dois dire que grâce à cette demi-anesthésie, j'ai pu sans trop de mal opérer ma malade, qui n'a conservé aucun mauvais souvenir de son opération, et qui n'a pas été malade comme elle l'était après les trois séances de chloroformisation antérieures.

J'en dirai autant de l'action régulatrice sur le cœur.

Il y a à peu près dix ans, un Grec me fut adressé de Constantinople pour une appendicite ; il venait d'avoir dans les six mois

précédents, deux gros abcès de la fosse iliaque. Il avait en outre une tachycardie qui lui donnait 170 et 180 pulsations par minute.

Il était pour cela adressé à M. le professeur Potain, qui l'examina, l'ausculta, et conclut à la nécessité d'une intervention, qui, ajoutait-il, pourrait bien modifier cette tachycardie. Quant à l'emploi du chloroforme, il ne fallait pas s'en préoccuper.

Néanmoins, c'est avec un surcroît de précautions que j'administrai le chloroforme à mon Grec, auquel j'enlevai un appendice fort malade.

Pendant l'anesthésie, le pouls tomba à 90, à 80, se maintint une dizaine de jours au-dessous de 100, puis repartit, car le malade guéri de son appendicite faisait une violente congestion pulmonaire que soigna et guérit aussi M. le professeur Potain. Au moment de son départ, son pouls restait au-dessus de 100, il était donc fort abaissé relativement à son chiffre primitif; il n'était pas pour lui question de scopolamine.

Tout ceci pour en arriver encore à ma conclusion favorite, c'est que tant vaut le chloroformisateur, tant vaut la chloroformisation, avec ou sans appareils, avec ou sans injections sous-cutanées préalables.

Depuis un an, j'ai l'appareil de Ricard dans mon service, j'ai appris à m'en servir et en ai ensuite appris la manœuvre à mes élèves; je dois dire que cet appareil m'a paru excellent. Comme tout le monde, je lui reproche son masque, et aussi le jeu des soupapes qui ne va pas toujours parfaitement. J'ajouterai qu'une chose m'a parue particulièrement ennuyeuse pour le chloroformisateur : c'est que son nez se trouve dans la zone des gaz expirés par le malade; j'ai trouvé cela particulièrement désagréable.

J'aime assez cet appareil, mais je n'ai pas vu qu'il supprimât la période d'excitation, ni qu'il supprimât les vomissements post-chloroformiques.

M. Paul Segond. — A propos de la scopolamine, notre collègue Routier vient de remettre en cause les mérites comparés de la compresse et des appareils dans la chloroformisation. Certes, la question est pleine d'actualité et, comme vous tous, j'ai dû l'étudier de près avant de me faire une opinion que je défendrais volontiers à l'occasion.

J'emploie l'oxychloroformisation pour la presque totalité des opérations et quand je n'ai pas sous la main l'appareil Roth-Dræger (lequel, soit dit en passant, doit être bien distingué des appareils qui débitent seulement du chloroforme), je reste fidèle à la compresse et je persiste à la préférer, de beaucoup, aux appa-

reils actuellement préconisés, voire même à celui de Ricard.

Mais tout ceci n'a rien à voir avec la scopolamine ; je ne puis donc insister. Je ne suivrai pas davantage notre collègue Chaput dans ses réflexions sur l'emploi simultané de la scopolamine et de la rachi-stovaïnisation. Ce cumul, à première vue, me tente médiocrement et d'ailleurs, je ne possède, à son endroit, aucune expérience personnelle.

Respectant les limites de notre actuelle discussion, je désire parler uniquement de la scopolamine et verser au débat les quelques faits de pratique personnelle susceptibles de le documenter.

Peu après la première communication de M. Terrier, j'ai d'abord essayé, dans quatre cas, la scopolamine, sans l'associer au chloroforme, par le procédé des trois injections contenant chacune, dans un centimètre cube d'eau distillée, 1 milligramme de bromhydrate de scopolamine et 1 centigramme de chlorhydrate de morphine (première injection quatre heures, une seconde deux heures et une troisième une heure avant l'opération).

Dans ces quatre cas (deux laparotomies pour lésions annexielles, une résection du maxillaire supérieur chez un homme adulte et une ablation de tumeur vulvaire chez une jeune fille), l'anesthésie s'est montrée complète et les malades se sont réveillés de leur long sommeil sans le moindre incident fâcheux. Par contre, j'ai pu noter les inconvénients opératoires d'une vaso-dilatation excessive et de la conservation du tonus musculaire. Dans un cas notamment (celui de la jeune fille opérée d'une tumeur vulvaire), il m'a fallu, pour obtenir l'hémostase, un nombre de ligatures tout à fait insolite et par surcroît, j'ai dû, pendant tout le cours de l'intervention, soutenir avec la patiente, une véritable lutte pour maintenir les membres inférieurs en bonne position. J'ajoute que chez ces quatre opérés, le sommeil s'est montré si profond, si prolongé, qu'il en était presque troublant.

Pour ces quelques raisons, je ne me sens plus disposé, pour l'instant, à essayer de nouveau ce mode d'anesthésie, même avec les doses moindres que préconise Walther dans la pratique des petites interventions, telles que le curettage ou la réduction des fractures. En tout cas, puisque la scopolamine, administrée seule, laisse persister la possibilité des contractions musculaires, malgré l'anesthésie la plus complète, ce n'est certes pas dans la réduction des fractures ou des luxations que je tenterais, comme lui, l'expérience.

En revanche, et me guidant sur la pratique de M. Terrier, j'ai fait usage, pour 15 opérations importantes, de la scopolamine pré-chloroformique à la dose de 1 milligramme, injectée sous la peau une heure avant l'opération, et voici le résultat de mes observations :

Dans un cas (laparotomie pour ablation d'une double annexite), l'opérée a souffert pendant huit jours d'hallucinations nocturnes fort troublantes. Or, nous avons su par l'entourage de la malade qu'elle était, depuis plusieurs années, coutumière de troubles similaires et, par conséquent, la scopolamine s'est trouvée, de ce chef, exonérée de toute responsabilité particulière.

Dans un deuxième cas, à la fin d'une laparotomie (ablation de kyste de l'ovaire chez une jeune femme nerveuse et très affaiblie), il s'est produit une syncope de courte durée au moment précis où, comme je le fais très souvent, je versais un grand litre de sérum chaud dans l'abdomen avant de terminer les sutures; ici encore, je ne crois pas que la scopolamine puisse être directement incriminée.

Dans tous les autres cas (8 laparotomies pour fibromes ou suppurations pelviennes avec appendicites, 2 hystérectomies vaginales, 2 énucléations de fibromes par voie voie vaginale, 1 opération de fistule vésico-vaginale), je n'ai eu qu'à me louer de la méthode.

J'ai constaté en effet, sur mes 15 opérés, que la scopolamine avait une *influence certaine sur les vomissements* post-anesthésiques. L'observation de mon opérée de fistule vésico-vaginale est, à cet égard, très probante. Comme la malade dont M. Terrier parlait il y a un instant, elle se faisait anesthésier pour la troisième fois. Le souvenir des vomissements dont elle avait souffert à la suite de ses deux opérations antérieures l'obsédait positivement, et, sachant par ce qu'elle voyait elle-même depuis son entrée dans mon service combien les femmes opérées après scopolaminisation vomissaient peu, elle me demanda de l'endormir comme ses compagnes. Bien lui en prit, car cette fois elle n'eut pas le moindre vomissement post-opératoire.

Comme avantages non moins précieux, j'ai noté, en outre, *la perfection de l'anesthésie*, *la suppression de la phase d'excitation* qui précède habituellement la résolution musculaire, et la possibilité de *réduire beaucoup la quantité de chloroforme* habituellement nécessaire pour une anesthésie de quelque durée.

Enfin, comme tous ceux qui ont employé cette méthode mixte, j'ai été frappé des bienfaits qu'elle confère en *supprimant* absolument l'*appréhension opératoire* et en assurant après l'opération un *sommeil calme et profond* de plusieurs heures, dont les opérés sortent toujours avec un *oubli complet de l'opération subie* et sans autre trouble qu'une *accélération particulière du pouls* (120 ou 140 pulsations par minute, pendant vingt-quatre et même quarante-huit heures).

La possibilité de faire bénéficier nos patients de pareils privilèges, d'atténuer dans une mesure aussi grande, non pas seulement

des douleurs post-opératoires, mais aussi les appréhensions qui, maintes fois, lorsque va sonner l'heure d'une grande opération, ont une influence si pernicieuse sur le moral de nos opérés et partant sur le pronostic même de nos interventions, me paraît constituer à l'actif de la scopalamine des arguments d'une éloquence particulière.

Certes, il faut se méfier, comme le disait Routier tout à l'heure, des enthousiasmes précipités et de tout ce qui ressemble aux panacées. Mais en dépit des critiques dont la scopolamine a été l'objet dans la presse médicale, critiques dont quelques-unes, du reste, se sont montrées bien tendancieuses pour être convaincantes, je suis pour ma part très décidé à continuer l'application de cette méthode d'anesthésie. Non pas, sans doute, dans tous les cas. Nos moyens classiques d'anesthésie chloroformique sont trop parfaits pour les compliquer de parti pris. Mais, et c'est là ma conclusion, dans certaines circonstances que l'expérience nous permettra de mieux préciser, pour les opérations laborieuses dont les suites sont habituellement douloureuses, chez les impressionnables, les grandes nerveuses, comme aussi chez les alcooliques, j'estime qu'il est, à cette heure, tout à fait indiqué et en tout cas sûrement avantageux de faire, une heure avant l'anesthésie chloroformique, une injection sous-cutanée contenant 1 milligramme de scopolamine et 1 centigramme de chlorhydrate de morphine à la condition, bien entendu formelle, que la scopolamine employée soit d'une irréprochable pureté.

M. Terrier. — Depuis le rapport que j'ai fait il y a un an, sur la communication de mon élève Desjardins, à propos de l'anesthésie par la scopolamine, j'ai continué à employer la méthode mixte d'anesthésie par le chloroforme avec une injection de 1 milligramme de scopolamine et 1 centigramme de morphine une heure et demie avant l'opération.

Je n'ai aucune observation à faire au sujet des avantages que présente cette méthode, avantages que j'avais signalés ici, il y a un an, sur lesquels, depuis, a insisté M. Walther qui, après une expérience personnelle de 347 cas, arrive à des conclusions identiques à celles que je donnais à la Société de Chirurgie, et dans la *Presse Médicale* avec M. Desjardins. Je me contenterai aujourd'hui d'ajouter que notre statistique porte sur 71 cas, tant en ville qu'à l'hôpital; que sur ces 71 cas nous avons toujours obtenu une anesthésie parfaite sans le moindre incident.

Depuis, j'ai endormi une dame qui avait été anesthésiée deux fois par le chloroforme; elle avait eu des vomissements incoercibles et très pénibles. Or, avec l'injection préalable de scopola-

mine et de morphine, cette dame n'a plus eu un seul vomissement, si bien qu'elle n'établit aucune comparaison entre ces deux modes d'anesthésie.

M. Chaput — J'ai employé la scopolamine dans vingt-cinq à trente cas environ, à la dose de un demi-milligramme une heure avant l'opération.

J'ai constaté comme mes collègues, que l'anesthésie était plus complète, plus calme, qu'elle ne s'accompagnait pas de vomissements ni pendant, ni après l'anesthésie, qu'elle procurait un calme profond pondant la journée qui suit l'opération.

J'ai observé en outre que l'association de la scopolamine à l'éthérisation présente l'avantage de supprimer les sécrétions muqueuses du pharynx et les congestions pulmonaires consécutives.

En outre, l'association de la scopolamine à la stovaïne lombaire, supprime l'excitation cérébrale qui s'observe fréquemment chez les personnes nerveuses ; cette substance est donc de nature à agrandir considérablement les indications de la rachistovaïne et aussi de la stovaïne locale.

M. Monod. — J'ai été très frappé par l'ensemble des bons résultats que nous a communiqués M. Walther, et que mon maître M. Terrier, de son expérience personnelle, vient de confirmer.

Je ferai cependant observer à mes collègues, d'abord que c'est peut-être à tort qu'ils écartent par la question préalable *tous* les cas de mort qui ont été publiés à l'étranger; puis que le nombre de leurs observations est encore relativement peu considérable — surtout si l'on considère que les statistiques fournies jusqu'ici sur l'action des anesthésiques portent sur des milliers de cas. Je souhaite que rien ne vienne troubler leur quiétude.

Au sujet du fait que j'ai rapporté ici, mon excellent collègue et ami M. Walther croit que les accidents survenus doivent être attribués à la quantité trop forte de choroforme employée. A cet égard, je dirai que, ayant dans une carrière déjà longue assisté à de nombreuses alertes chloroformiques, je n'ai jamais rien vu qui ressemblât à ce qui a été observé dans ce cas ; — telle a été du moins l'impression de mes internes appelés à secourir la malade, et celle que m'a laissée le récit qu'ils m'en ont fait le lendemain, — car j'avais déjà quitté l'hôpital quand l'incident s'est produit.

J'ajoute, pour ce qui est de l'excès de chloroforme employé, que je puis répondre à M. Walther par M. Walther lui-même. Ne nous dit-il pas en effet « qu'avec l'appareil Ricard, il y a une cause d'erreur qui n'a pas été signalée, dans l'évaluation de la quantité

de chloroforme absorbée par le malade : plus on ouvre de trous, moins par conséquent le malade absorbe de chloroforme, plus il y a de chloroforme perdu par évaporation, plus grande est la quantité totale consommée ». S'il en est ainsi, il est impossible de savoir combien, dans mon cas, il y a eu en réalité de chloroforme, non *consommé*, mais *absorbé* par ma malade ; mes élèves par prudence ayant tendance à laisser le plus possible de trous ouverts, on pourrait soutenir qu'il y a eu beaucoup de chloroforme *perdu par évaporation.*

C'est tout ce que je voulais dire à ce sujet.

Rapports.

L'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow. Hernies internes à travers l'hiatus de Winslow,
par MM. E. Jeanbrau et V. Riche.

Rapport par M. J.-L. FAURE.

En mai 1902, M. Jeanbrau fut appelé auprès d'un jeune homme de seize ans, qui présentait depuis trois jours des accidents d'occlusions intestinales. Les vomissements étaient incessants, le facies grippé ; l'abdomen, peu distendu, présentait une voussure au niveau de la région épigastrique. Les flancs et les fosses iliaques étaient affaissés. Au niveau de la tuméfaction la palpation était douloureuse.

La laparotomie fut immédiatement pratiquée. Le cæcum et le côlon étaient vides, ainsi qu'une partie de l'intestin grêle. L'incision fut prolongée jusqu'à l'appendice xiphoïde. On aperçut alors un paquet d'anses grêles, très distendues, agglomérées sous le foie. Non seulement les anses intestinales dilatées ne tendaient pas à sortir du ventre, mais elles étaient maintenues fixées à la paroi postérieure de l'abdomen et semblaient pénétrer sous le foie. L'index cherchant à reconnaître le point d'étranglement reconnaît une sorte de pédicule qui s'enfonce en haut et à droite dans la région de l'hiatus de Winslow.

Mais le dégagement est impossible, les tractions les plus légères menaçant de déchirer l'intestin et un débridement aveugle paraissant impraticable.

M. Jeanbrau songea en ce moment à la possibilité d'une hernie

à travers l'hiatus de Winslow. Mais l'extrême rareté de cette affection lui fit rejeter cette hypothèse. N'ayant pu réussir à lever l'occlusion il aboucha une anse distendue à la peau et pratiqua un anus sur l'anse distendue, à la partie inférieure de l'incision médiane.

Les suites immédiates furent bonnes et l'anus fonctionna parfaitement. Mais le malade n'en mourut pas moins le troisième jour.

L'autopsie ne put être faite, mais M. Jeanbrau réfléchit longuement à ce cas et en vint à se convaincre qu'il s'agissait bien d'un étranglement par les parois de l'hiatus de Winslow.

Il a, depuis, avec la collaboration du Dr V. Riche, sérieusement étudié cette question, et nos deux confrères nous ont envoyé un travail très documenté sur l'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow, travail trop long pour être publié dans nos Bulletins, mais qui verra le jour dans la *Revue de chirurgie*.

Il s'agit d'une étude complète d'après 17 observations, dont 8 avaient déjà été publiées par Jonnesco en 1890, dans son travail sur les hernies rétro-péritonéales. Huit autres ont été recueillies directement dans la littérature médicale. L'observation de Jeanbrau est la dix-septième.

Ces diverses observations leur ont permis de reconstituer l'histoire anatomo-pathologique et clinique de cette affection.

A vrai dire, il n'y a pas grand chose dans cette histoire qui ne puisse être pressenti par la simple réflexion. Mais la constatation directe des faits vaut mieux que le meilleur des raisonnements.

C'est l'intestin grêle qui, dans les trois quarts des cas, a pénétré dans l'hiatus pour s'y étrangler. Le dernier-quart est fourni par le côlon transverse qui a pu entraîner à sa suite le côlon ascendant et même le cæcum, ce qui n'est d'ailleurs possible qu'à la suite de certains arrêts de développement et de la persistance d'un mésentère commun à l'intestin grêle et au gros intestin. Le grand épiploon n'a été rencontré que deux fois.

Ces déplacements intestinaux ne peuvent se faire qu'à la suite d'efforts violents.

Les phénomènes cliniques sont ceux de l'occlusion intestinale, avec douleur épigastrique ou ombilicale. Le seul symptôme qui ait au point de vue du diagnostic de la localisation de l'obstruction une importance réelle, c'est l'existence d'une tuméfaction épigastrique, ou ombilicale, dont le mécanisme est d'ailleurs évident.

MM. Jeanbrau et Riche ont annexé à leur travail un tableau très complet dans lequel ils étudient le diagnostic différentiel entre l'étranglement par l'hiatus de Winslow et les divers étranglements internes dus à des hernies intra-péritonéales.

Je ne pense pas que ce tableau, très bien fait, ait une grande importance au point de vue purement pratique, et que les difficultés du diagnostic des causes d'un étranglement interne en soient bien diminuées. Jusqu'ici, le diagnostic n'a jamais été fait de façon précise. Il est même souvent fort difficile à faire lorsque le ventre est ouvert. En ces matières, les études théoriques et les mémoires les mieux faits n'apprennent pas grand'chose, et lorsque le chirurgien se trouve en face d'un malade, son flair, son tact et son expérience lui servent plus que ses lectures.

Cependant, c'est beaucoup que de penser à la possibilité d'un accident tel que l'étranglement par l'hiatus de Winslow, pour pouvoir le découvrir et y porter remède une fois le ventre ouvert, et sous ce rapport cet intéressant travail, en attirant notre attention sur un sujet aussi mal connu, peut avoir beaucoup d'importance.

Mais la partie plus particulièrement chirurgicale de ce travail mérite qu'on s'y arrête. MM. Jeanbrau et Riche ont fait à ce sujet de très intéressantes recherches. Ces recherches, qui portent sur l'anatomie de l'hiatus de Winslow, et dans lesquelles les rapports de la veine porte et du canal cholédoque sont particulièrement bien étudiés, leur ont permis d'établir des règles précises pour le débridement de l'hiatus de Winslow, en cas d'étranglement à son niveau.

Voici les règles qu'ils ont établies : le débridement de l'hiatus est impossible en arrière, à cause de la veine cave; il est impossible en avant et à gauche à cause de la veine porte, en avant et à droite à cause du cholédoque; en haut le refoulement du lobule de Spiegel ne donne rien. Le débridement n'est possible *qu'en bas*, à la condition de pouvoir passer, sans les léser, entre la veine porte et la veine cave. Or, la paroi inférieure de l'hiatus est formée par la continuité du feuillet postérieur du petit épiploon avec le péritoine pariétal postérieur pré-cave. Au-dessous de cette paroi inférieure sont les fascias d'accolement rétro-duodénaux. Que l'on supprime ce pont péritonéal porto-cave, et le doigt pourra facilement s'insinuer en arrière du duodénum et du pancréas, dans les fascias dont le tissu cellulaire lâche se laisse aisément décoller. Il sera ainsi possible d'agrandir largement en bas l'orifice de l'hiatus.

Voici la technique proposée.

Lorsqu'on a reconnu que l'intestin ne peut être retiré de l'hiatus par des tractions qui risquent de devenir dangereuses, il faut délibérément revenir au débridement de la façon suivante :

L'intestin afférent est récliné par un aide en bas et à droite.

L'opérateur, reconnaissant le pédicule hépatique avec l'index gauche introduit dans l'hiatus, incise, *sur la première portion du duodénum et parallèlement à sa direction*, le péritoine qui forme le feuillet antérieur du petit épiploon, ce qui permet l'abaissement de la première portion du duodénum, tandis que le lambeau péritonéal est refoulé en haut, découvrant les organes du pédicule hépatique.

Il a alors devant les yeux la partie la plus large de l'espace porto-cholédoque, dont le fond est formé par le feuillet postérieur du petit épiploon qui va en arrière se réfléchir sur la veine cave inférieure. L'artère gastro-épiploïque droite et des veines assez importantes traversent cet espace ; il les évitera en se tenant très près du cholédoque, ou bien il les liera avec précaution. Repérant ensuite le canal cholédoque entre le pouce et l'index gauches, l'opérateur perfore carrément, avec une sonde cannelée, sur son index gauche protégeant la veine cave, le feuillet postérieur du petit épiploon, au ras du cholédoque, et fait ainsi une boutonnière longitudinale, parallèle au conduit biliaire, et suffisante pour permettre l'introduction du doigt. Il arrive ainsi dans l'hiatus.

A ce moment, un écarteur confié à l'aide récline doucement la lèvre gauche de la boutonnière, qui renferme la veine porte et l'artère hépatique. L'opérateur, dont l'index gauche protège toujours la veine cave inférieure, introduit la pulpe de l'index droit dans la boutonnière déjà faite, qu'il agrandit très facilement en bas, effondrant ainsi le plancher de l'hiatus, grâce à la laxité des tissus rétro-duodénaux.

Une légère traction suffit alors à retirer l'intestin étranglé.

J'ai lu avec beaucoup d'attention cette description du débridement de l'hiatus de Winslow et j'ai même fait à ce sujet quelques recherches cadavériques.

Je dois dire que je ne saisis pas très bien les avantages du procédé préconisé par nos confrères, et qu'il me semble possible de pratiquer ce débridement par un procédé plus simple.

Si j'ai bien compris leur description, MM. Jeanbrau et Riche conseillent de faire, après incision horizontale du feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique une incision verticale du feuillet postérieur en passant entre le cholédoque et la veine porte au risque de rencontrer sur son passage des vaisseaux qu'il faut lier. C'est là, surtout dans une région distendue par un intestin étranglé, une opération bien délicate. D'autre part je ne vois pas bien comment l'agrandissement au doigt d'une boutonnière longitudinale pourra augmenter le diamètre de l'hiatus. Je sais bien que quand le péritoine vient à être incisé quelque part le doigt introduit dans l'incision peut le déchirer dans tous les sens. Mais il

n'en est pas moins vrai que je trouve cette voie bien délicate, pour ne pas dire bien dangereuse.

Il me semble qu'il y a une façon d'agir beaucoup plus simple et qui consiste à inciser le péritoine le long de la portion descendante du duodénum, au point où il se porte de la paroi abdominale profonde sur la deuxième portion de cet intestin. Cette incision, qui est celle qui conduit sur la portion inférieure du cholédoque, permet de séparer du plan profond, et par conséquent de la veine cave, le duodénum, la tête du pancréas et les organes du pédicule hépatique Le doigt introduit dans cette brèche péritonéale l'agrandit facilement en écartant le feuillet péritonéal portocave qui constitue le bord inférieur de l'hiatus. Celui-ci se trouve donc ainsi débridé.

La conduite à tenir dans le cas d'étranglement par l'hiatus de Winslow est donc bien simple, au moins en théorie.

Mais en pratique il n'en saurait être de même et nous nous heurtons ici, comme dans tous les cas analogues, aux terribles difficultés qui marquent les interventions pour occlusion intestinale.

Lorsqu'on se trouve en face du malade il est presque toujours extrêmement difficile de déterminer la cause de l'occlusion, et c'est déjà un beau résultat que de pouvoir affirmer l'existence même de l'occlusion en la différenciant des états péritonéaux graves qui la simulent si souvent.

Quant a affirmer d'avance la nature de l'occlusion et l'agent de l'étranglement il n'y faut pas songer pas plus, lorsque celui-ci est l'hiatus de Winslow, que dans les autres circonstances. Tout au plus la présence d'une tuméfaction épigastrique ou péri-ombilicale pourra-t-elle faire soupçonner cet origine, mais c'est tout et nous ne pouvons guère en ces matières que faire des hypothèses, que l'opération vient confirmer quelquefois et démentir bien souvent.

Mais, quel que soit notre diagnostic, la conduite à tenir est toute tracée. A moins que le malade ne soit mourant, il faut ouvrir le ventre et aller voir.

On sait quelles difficultés présentent souvent ces laparotomies dans lesquelles on va à la recherche d'un obstacle au milieu d'intestins distendus, on sait aussi quelle est leur gravité et quel intérêt il y a à réduire au minimum les manipulations intestinales.

Il est évident que la notion de l'existence possible d'un étranglement par l'hiatus, en dirigeant les recherches de ce côté, pourra permettre de le reconnaître lorsqu'il existe et de sauver un malade qui eût succombé si l'agent de l'étranglement était resté méconnu.

MM. Jeanbrau et Riche, pour peu que l'intestin soit distendu et que les manœuvres soient difficiles, recommandent l'*entérotomie de décharge*. L'ouverture de l'intestin et l'évacuation du pus et des matières qu'il contient auraient deux grands avantages : 1° Elles simplifient les manœuvres opératoires pendant la recherche de l'obstacle, ou la réintégration des anses intestinales, et elles réduisent le choc inhérent aux manipulations d'un intestin surdistendu; 2° Elles désintoxiquent immédiatement le malade et détendent l'intestin paralysé par sa surdistension.

Je crois cette assertion très discutable. J'ai fait plusieurs fois, dans les conditions si souvent mauvaises de la chirurgie d'urgence, cette entérotomie de décharge, et je n'en ai conservé qu'un souvenir peu encourageant. Sans doute elle permet de vider l'intestin, mais dans quelles conditions! Combien de fois, malgré les précautions les plus minutieuses, voit-on les matières venir souiller le champ opératoire et les anses voisines. L'évacuation de l'intestin est longue, presque toujours incomplète, souvent insuffisante. Elle multiplie dans des proportions effrayantes les chances d'infection, et il est extrêmement dangereux, après cette opération préliminaire, d'aller se livrer dans les profondeurs de l'abdomen à des manipulations intestinales aussi délicates que celles qui consistent, pour ne pas m'écarter de l'exemple choisi, à retirer des anses intestinales étranglées dans l'hiatus de Winslow et à faire au besoin le débridement de cet orifice.

J'aurais donc, à l'inverse de MM. Jeanbrau et Riche, une tendance très nette à proscrire cette entérotomie de décharge et à recommander ici, comme dans tous les cas d'occlusion par un obstacle peritonéal profond et incertain la conduite suivante qui me paraît être celle qui donne et qui donnera les résultats les moins mauvais.

La laparotomie faite, si les anses sont peu distendues, si l'état du malade n'est pas trop mauvais, si quelques explorations et manipulations intestinales semblent possibles, on recherchera l'obstacle, et lorsqu'on aura reconnu qu'il s'agit de l'hiatus de Winslow, on essayera par des tractions douces et modérées de dégager l'intestin engagé dans sa lumière. Si on n'y parvient pas, on pratiquera le débridement de l'hiatus.

Si l'intestin est distendu, si le malade est dans un état alarmant, on ne tentera pas une exploration presque toujours désastreuse, on ira au plus pressé et l'on fera, non pas une entérotomie de décharge, destinée à permettre des manipulations ultérieures, mais un anus contre nature, le plus bas possible au-dessus de l'obstacle, de façon à supprimer les accidents immédiats de l'occlusion. Si le malade guérit, on verra s'il y a lieu d'aller,

par une deuxième opération, faite alors à tête reposée et dans de bonnes conditions, lever l'obstacle et réduire l'intestin engagé dans l'hiatus.

L'opération ainsi pratiquée sera moins brillante, mais les chances de guérison définitive en seront accrues.

Quoi qu'il en soit le travail de MM. Jeanbrau et Riche est des plus intéressants. Il attire notre attention sur une question peu connue et nous donne des détails importants sur le débridement de l'hiatus de Winslow. Je vous propose de le déposer dans nos Archives et d'adresser nos remerciements à nos confrères.

Présentation de malade.

Entéro-colite muco-membraneuse grave.

M. Ombredanne. — Exclusion unilatérale du gros intestin, pour entéro-colite muco-membraneuse grave.

M. Guinard, rapporteur.

Présentations de pièces

Procédé d'exclusion de l'intestin.

M. Souligoux communique un procédé d'exclusion de l'intestin sans section préalable de l'iléon.

M. Chaput, rapporteur.

Vésicule biliaire dilatée et hypertrophiée.
Des conditions de la rétraction et de la dilatation de la vésicule.

M. Bazy — Dans nos précédentes séances, MM. Delbet et Hartmann ont discuté des conditions de la dilatation et de la rétraction de la vésicule biliaire dans les calculs de la vésicule biliaire.

M. Hartmann a invoqué la sclérose de la vésicule pour expliquer la rétraction. M. Delbet a surtout invoqué le siège du calcul; il considère que le siège au niveau du canal cystique est

une condition favorable à la rétraction. Pour M. Hartmann, ce sont surtout les calculs qui siègent au niveau du cholédoque.

Or, voici une vésicule qui est à la fois dilatée et sclérosée, et de plus, elle ne contient pas de calcul et il n'y a pas de cancer.

Elle contenait 125 centimètres cubes de liquide et ses parois ont 3/4 de centimètre d'épaisseur au moins.

A mon avis, les conditions de la rétraction de la vésicule ne résident pas dans le siège du calcul au moment de l'opération.

Pour ce qui me concerne, je suis disposé à admettre que la rétraction de la vésicule ne peut exister que quand l'écoulement des liquides vers le canal cystique et le canal cholédoque est libre.

Si au contraire l'écoulement des liquides est diminué ou empêché avant que la vésicule ne soit sclérosée et ratatinée, celle-ci peut s'hypertrophier d'abord et se scléroser ensuite, et par suite se dilater.

Cette sclérose dans ces conditions est impuissante à déterminer le ratatinement de la vésicule.

Sur la pièce que je présente, l'oblitération de la vésicule est complète et elle paraît s'être produite au niveau du col de la vésicule.

Elle paraît être d'origine inflammatoire, sans que nous ayons pu relever dans les antécédents du sujet l'existence d'aucun calcul migrateur. Au moment de l'opération il n'y en avait pas, et la malade n'a jamais eu la jaunisse.

Il se passe ici ce qui se passe dans l'appareil urinaire.

Je ne connais pas de cas de distension urétérale plus grande que dans le cas d'urétérite avec sclérose.

Les vessies de rétrécis peuvent être ou grandes ou petites. Quand elles sont petites et sclérosées, c'est que la vessie a commencé à être atteinte de cystite interstitielle avant que le rétrécissement n'ait été réellement étroit.

Dans le cas contraire, quand le rétrécissement a évolué le premier, la vessie se laisse dilater d'abord quoique s'hypertrophiant, et se sclérose ensuite.

Il doit en être de même daus les vésicules biliaires.

Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de calcul, quand l'inflammation commence par le corps de la vésicule, celle-ci peut se ratatiner en même temps qu'elle se sclérose, quand elle commence au niveau des canaux excréteurs ou qu'elle est plus intense à ce niveau, cette vésicule peut se dilater tout en se sclérosant.

La sclérose n'est pas la condition essentielle de la rétraction; cette sclérose peut exister avec la dilatation de la vésicule.

Tout dépend du point par lequel commence l'inflammation.

Voici l'observation de la malade, la description de l'opération

et celle de la pièce avec l'examen histologique fait par mon chef de laboratoire, Dr Lanbry.

Femme Bet..., (Henriette), parfumeuse, domiciliée à Clichy, quarante-huit ans. Entrée à l'hôpital le 9 mars 1906.

La malade entre à l'hôpital pour une grosseur dans le flanc droit.

Elle a eu la variole en 1870.

Trois enfants. Les accouchements ont été normaux ; le dernier a eu lieu en 1893 ; elle n'a plus qu'un seul enfant vivant ; l'un était mort-né, l'autre est mort du croup.

Le 4 mars au soir, la malade a commencé à souffrir tout d'un coup de points qu'elle compare à des piqûres d'aiguilles. Ces points siégeaient dans toute la région du dos et en avant dans la région thoracique ; elle éprouvait également quelques douleurs dans l'épaule droite.

Elle a continué à travailler un jour et demi, s'est mis de la teinture d'iode et a pris une potion ordonnée par le médecin, sans que les douleurs soient calmées.

Le 8 mars, elle a remarqué une grosseur dans le côté droit ; cette grosseur, dit-elle, était très douloureuse, et était le siège d'élancements. La peau, d'après elle, était plus chaude au niveau de la grosseur. En outre, la malade estime que cette grosseur était aussi volumineuse au début que maintenant. La malade a mis des cataplasmes laudanisés.

Au début, la malade pouvait marcher malgré la douleur ; mais depuis, la douleur augmentait et la difficulté à marcher également.

Actuellement, à *l'inspection*, on ne remarque aucune voussure de la paroi, la peau n'a pas changé d'aspect.

A la *palpation*, la peau n'est pas plus chaude au niveau de la grosseur.

On trouve dans la région du flanc droit, une grosseur du volume d'un œuf de poule ; cette tumeur est verticale, légèrement oblique en bas et à gauche ; allongée, de forme irrégulière, présentant une encoche à la partie inférieure. Cette tumeur descendait jusqu'à un travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic ; elle semble pédiculisée, mais le pédicule s'enfonce dans la profondeur. Elle était mobile, suivait l'impulsion des mouvements respiratoires. Elle était un peu douloureuse.

Elle était sonore à la percussion superficielle et submate à la percussion profonde.

Le foie était légèrement abaissé, mais ne paraissait pas augmenté de volume.

La malade, en outre, dit ne jamais avoir été jaune ; et les selles n'ont jamais été décolorées.

Appareil génital. La malade se plaint de pertes blanches assez abondantes.

Elle a eu une interruption de règles au mois d'avril dernier, qui a duré neuf mois ; et depuis la menstruation est irrégulière.

Appareil respiratoire : rien

Appareil circulatoire : rien

Appareil urinaire. Depuis le 5 mars, la malade se plaint d'une vague douleur dans le rein droit. Rien dans les urines.

Appareil cutané. La malade accuse quelques poussées d'urticaire.

Opération le 16 mars 1906.

Cholécystectomie pour hydropisie de la vésicule biliaire.

Incision verticale un peu en dehors du bord externe du grand droit, que l'on récline ensuite en dedans, et descendant depuis le rebord costal au-dessous de la saillie de la tumeur, très visible dès qu'on a placé la malade sur le rénisupport.

L'abdomen ouvert, on voit une vésicule énorme, à parois rougeâtres, ayant l'aspect d'une aubergine.

On la fait saillir hors de la paroi; on la ponctionne avec le trocart de l'appareil Potain. Il s'en écoule péniblement un liquide visqueux.

Cela fait, on la sépare de la face inférieure du foie, et on peut arriver à énucléer ainsi une poche qui ne paraît pas avoir d'ouverture; cette poche est à parois très épaisses. Il semble donc bien que l'oblitération est le résultat d'une inflammation chronique de cette vésicule dont témoigne du reste la grande épaisseur des parois.

On place une ligature en X sur un pédicule dans lequel on ne trouve pas de lumière, constituant plutôt une adhérence qu'un pédicule, paraissant être situé plus superficiellement que le fond de la poche qui formait comme une espèce de bas-fond.

La vésicule mesure 15 centimètres de long sur 5 centimètres de diamètre.

Le liquide qui sort de la vésicule a une couleur chamois, 125 centimètres cubes environ. Il est tellement filant qu'il est glaireux.

Mèche pour faire l'hémostase du décollement hépatique. Drain. Suture en deux plans.

Examen histologique, par le Dr Lanbry.

La vésicule biliaire présente un épaississement très marqué de la paroi (trois ou quatre fois l'épaisseur normale).

La muqueuse, dont l'épithélium cylindrique est bien conservé, ne présente plus de crêtes normales et son chorion est le siège d'hémorragies en nappe.

Le chorion de la muqueuse et la tunique moyenne sont envahis par un tissu fibreux adulte au milieu duquel on aperçoit à peine quelques fibres musculaires.

La mèche va a été enlevée le deuxième jour.

Le drain le quatrième.

La malade va actuellement tout à fait bien.

Kyste utérin.

M. Auvray. — Kyste utérin.

M. Potherat, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,
P. Michaux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1906

Présidence de M. SEGOND.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. le Dr CALVÉ avec un mémoire intitulé : *De l'emploi chirurgical des pansements au charbon de paille.*

Travail renvoyé à une Commission dont M. PICQUÉ est nommé rapporteur.

3°. — Une lettre de M. le Dr MONTEILS, membre correspondant national, qui annonce à la Société de Chirurgie l'envoi de livres dont il veut bien lui faire don.

Le PRÉSIDENT, au nom de ses collègues, adresse tous ses remerciements à M. le Dr MONTEILS.

A propos de la correspondance.

M. LEJARS dépose sur le bureau de la Société la 5e édition de son livre : *Chirurgie d'urgence.*

A l'occasion du procès-verbal.

De l'état des voies biliaires dans les obstructions.

M. Pierre Delbet. — A la fin de notre dernière séance, notre collègue Bazy a présenté une vésicule biliaire. Dans le brouhaha qui se produit généralement lors de ces sortes de présentations, je n'ai pas bien pu suivre les considérations que notre collègue a exposées, et je n'ai pas pu les lire depuis, car je n'ai pas encore reçu le Bulletin. Il m'excusera donc de n'en point parler.

Je voudrais à mon tour vous présenter une observation qui me paraît intéressante, et les pièces que j'ai recueillies il y a trois semaines environ.

La malade était enceinte de six mois. Elle avait de l'ictère et des accidents d'infection hépatique aigus et très graves. Mon collègue et ami Bourcy, dans le service de qui elle se trouvait, la jugeant perdue, me demanda si je ne voulais rien tenter pour elle. C'est dans ces conditions que j'entrepris le drainage des voies biliaires.

L'incision de Kehr me conduisit sur un paquet d'adhérences intestinales où il était impossible de rien distinguer. Péniblement, je les libérai et j'arrivai sur le fond de la vésicule, puis sur la partie inférieure de l'épiploon gastro-hépatique. Le foie était en anteversion de telle sorte que la face inférieure de la vésicule recouvrait la partie supérieure de l'épiploon gastro-hépatique et lui adhérait intimement.

Dans le bord droit de l'épiploon, épaissi et cartonneux, le canal cystique dilaté dessinait un relief apparent, mais on n'y sentait pas de calcul. En abaissant la première portion du duodénum et en palpant derrière elle, je perçus nettement une résistance de pierre.

Je réussis à faire remonter le calcul de telle sorte que son extrémité supérieure dépassait légèrement en haut le bord du duodénum. Sur lui j'incisai le canal. Il sortit des flots, non pas de bile, mais de pus. Le péritoine était bien protégé par des compresses de caoutchouc recouvertes de gaze. J'ai coutume depuis longtemps de me servir de compresses de caoutchouc pour protéger le péritoine dans toutes les laparotomies où je redoute l'effusion de liquides septiques. Mais l'écoulement était si abondant qu'on n'arrivait pas à éponger tout le liquide. J'introduisis dans le canal ouvert un tube de trocart et j'aspirai tout ce que je pus.

Cela fait, je tentai d'extraire le calcul sans y réussir. J'agrandis alors l'incision et je pus faire sortir par expression le calcul que voici.

Tout cela est très banal. Voici où les choses deviennent intéressantes.

En inspectant l'incision par où je venais de faire passer le calcul, je vis nettement deux orifices séparés par un éperon. Je ne doutai pas un instant que j'avais sous les yeux l'éperon qui sépare normalement la portion cystique de la portion hépatique du canal double, et je fis remarquer aux assistants que la situation du calcul était identique à celle qu'Hartmann a observée et décrite ici.

En réalité, cette interprétation était inexacte. J'avais sectionné en partie l'hépatique en même temps que le cystique, et ce que je prenais pour l'éperon qui se trouve au niveau de la jonction des deux canaux n'était que la section de la cloison qui les sépare dans leur portion accolée.

Mais je ne m'en doutais pas. Je croyais bien voir l'éperon et comme j'avais ressorti le calcul et fait l'incision sur son point le plus élevé, il me paraissait incontestable, comme il avait paru à Hartmann dans son cas, qu'il ne pouvait pas oblitérer l'orifice du cystique.

Or la vésicule était très atrophiée. Le cas paraissait donc tout à fait contraire aux idées que j'ai exposées ici.

Malgré les apparences, je ne me tins pas pour battu.

Ma robuste confiance me conduisit à penser qu'il devait y avoir un autre calcul situé plus haut dans le col de la vésicule ou dans la partie supérieure du cystique. Je vous rappelle que l'anteversion du foie et les adhérences avaient rendu jusque-là ces parties inaccessibles.

J'incisai alors la face inférieure de la vésicule et poursuivant cette incision dans le tissu adhérent, je trouvai en effet dans le col de la vésicule ou dans l'origine du cystique le second calcul que je vous présente.

Ainsi, Messieurs, ce cas qui paraissait si contraire aux hypothèses que j'ai exposées sur les relations de l'état de la vésicule avec le siège des calculs, en est au contraire pleinement confirmatif.

Mais ce n'est pas tout. La première incision que j'avais faite aux voies biliaires avait porté juste au-dessus du bord supérieur du duodénum. Mes recherches anatomiques m'ayant montré qu'il n'y a pas en général de portion sus-duodénale du cholédoque, je me demandai si ce que j'avais pris pour l'éperon qui sépare les portions terminales de l'hépatique et du cystique n'était pas une

simple section de la cloison. Cette idée ne me vint qu'à la fin de l'opération. Inspectant alors plus minutieusement les parties, je trouvai dans la branche inférieure de la section l'orifice de la portion terminale de l'hépatique et j'y pus introduire un stylet. Ce stylet fila jusque dans le duodénum; mais l'œil ne pouvait pas le suivre derrière la première portion du duodénum, et je ne pus voir si le canal hépatique se prolongeait loin au delà de mon incision.

La constatation incomplète que je venais de faire était intéressante au point de vue anatomique, mais elle était inquiétante au point de vue de la physiologie pathologique.

En effet, le canal cystique était manifestement dilaté dans la portion comprise entre les deux calculs. Si ce que j'ai exposé ici est vrai, le calcul ne devait pas oblitérer l'orifice du cystique. Or, il était bien certain que si l'hépatique se prolongeait encore loin, le calcul devait comprimer les deux canaux. Malgré tout l'intérêt qu'il y avait à fixer le point, je ne pus le faire au cours de l'opération, car je n'oubliais pas que je faisais de la chirurgie et non de l'anatomie pathologique.

Je plaçai un drain muni d'un siphon dans la partie supérieure du canal hépatique, je protégeai le péritoine par un lit de compresses, et je fis une suture incomplète de la paroi.

La malade n'eût ni choc, ni élévation de température. Elle émit dans les premières vingt-quatre heures trois cents grammes d'urine. A partir du second jour, l'anurie devint complète et resta telle. Malgré tout ce que l'on put faire, la température s'abaissa progressivement et la pauvre femme succomba le troisième jour après avoir expulsé son fœtus pendant la période agonique.

L'autopsie a montré qu'il n'y avait pas la moindre réaction du côté du péritoine. Le foie n'était plus qu'une éponge purulente : il n'y avait donc aucun moyen de sauver cette malheureuse.

Du côté des voies biliaires, on a pu préciser le point qui était resté incertain. Le canal hépatique se prolonge bien au delà de l'incision, mais seulement sur une longueur d'un demi-centimètre, ainsi que vous pouvez le voir. Sur la pièce fraîche, on voyait très bien, on voit encore, mais moins nettement, la loge du calcul. Ce calcul retro-duodénal siégeait bien dans le cholédoque et il n'oblitérait pas l'orifice du canal cystique.

Ce cas me paraît intéressant, et c'est pour cela que je me suis permis de vous le présenter et de vous en parler avec quelques détails.

Il montre qu'au cours d'une opération on peut prendre pour l'éperon de terminaison des deux canaux accolés la section de la cloison qui les sépare.

Il est en outre tout à fait confirmatif des opinions que j'ai exposées ici même il y a quelque temps.

Il y avait à la fois un calcul de la portion supérieure du cystique et un calcul du cholédoque.

Ce calcul du cystique avait amené l'atrophie de la vésicule biliaire.

Toute la portion des voies biliaires située au-dessus du cholédoque et dans lesquelles la bile pouvait encore pénétrer était dilatée. Ainsi s'affirme l'importance du siège de l'obstacle.

Messieurs, la question de l'état de la vésicule dans les obstructions biliaires sera discutée longtemps encore, cela n'est pas douteux, parce qu'elle est complexe.

Les causes qui influent sur cet état sont multiples. Ce sont : 1° la nature de l'obstacle; 2° l'état d'inflammation des voies biliaires; 3° le siège de l'obstacle.

Les deux premiers termes de cette question complexe avaient été seuls envisagés. J'ai soutenu ici qu'à ces deux termes, il fallait ajouter le troisième, le siège, et qu'il devait jouer un rôle important.

En faveur de ma manière de voir, j'ai cité un cas de cancer du pancréas qui, comprimant le canal double, avait amené une atrophie de la vésicule. M. le professeur Terrier a rapporté un cas de pancréatite chronique qui comprimait le cystique et qui s'accompagnait également d'une atrophie de la vésicule. Aujourd'hui j'apporte un cas de calcul du cystique toujours avec atrophie de la vésicule.

Ces faits concordent avec les hypothèses que je vous ai exposées.

En sera-t-il toujours ainsi? Je suis bien loin de le croire. La nature et le siège de l'obstacle ne sont pas tout. Il faut tenir compte encore et grand compte de l'état de la paroi vésiculaire. C'est, dit-on, l'inflammation qui amène la rétraction de la vésicule, mais c'est elle aussi à mon avis qui amène la distension. L'inflammation de la muqueuse peut entraîner une hypersécrétion et conduire à ce qu'on appelle à tort l'hydropisie de la vésicule biliaire. L'inflammation des autres couches entraînera plus facilement une sclérose.

Ce qui complique aussi la question, c'est que, vraisemblablement, dans bien des cas il y a deux phases successives, l'une temporaire de dilatation, et l'autre de rétraction définitive.

Le cas dont je viens de vous entretenir me paraît surtout intéressant en ceci que les parties des voies biliaires où la bile ne pouvait plus pénétrer — la vésicule — étaient rétractées, et que celles où elle arrivait encore étaient dilatées.

Or, Messieurs, c'est là tout ce que j'ai soutenu. Les obstacles au cours de la bile, quels qu'ils soient, restent certainement incomplets pendant une longue période. Pendant toute cette période, la bile dont l'écoulement est gêné atteint une pression sans doute plus considérable qu'à l'état normal : et il me paraît probable que les canaux où cette augmentation de pression se fait sentir ont tendance à se dilater. — En somme, Messieurs, j'ai dit et je dis tout simplement que, toutes choses égales d'ailleurs, les portions des voies biliaires où la bile peut encore arriver ont plus de chance de se dilater que celles où la bile ne peut plus pénétrer.

A propos des sigmoïdites.

M. Jalaguier. — Si j'avais pu prendre la parole dans l'avant-dernière séance, j'aurais appuyé les réflexions de M. Broca. Je pense comme lui que parmi les inflammations iliaques gauches suppurées ou non suppurées et étiquetées sigmoïdites ou périsigmoïdites, il y a un bon nombre d'appendicites. J'ai souvent observé dans l'appendicite pelvienne la douleur existant exclusivement à gauche, et un plastron induré occupant la fosse iliaque gauche et s'étendant parfois très loin dans la direction du côlon descendant. Le toucher rectal révèle dans ces cas la présence, en avant du rectum, d'un foyer ou d'une masse indurée se prolongeant plus ou moins vers la droite. Et si, plus tard, on vient à enlever l'appendice à froid, on le trouve en connexion plus ou moins intime avec les restes de ce foyer inflammatoire, parfois même il est encore adhérent par son extrémité à la partie supérieure du rectum ou à la partie inférieure de l'S iliaque.

Il s'est passé là pour l'anse sigmoïde, pendant la période aiguë, ce qui arrive si souvent pour le cæcum et le côlon ascendant pendant la crise vulgaire d'appendicite : les phénomènes inflammatoires se sont propagés, probablement par les réseaux lymphatiques sous-séreux, du foyer pelvien aux parois de l'anse sigmoïde et du côlon descendant.

Je ne nie pas la sigmoïdite vraie, mais je la crois très exceptionnelle.

M. P. Michaux. — Je suis heureux d'avoir, par ma très simple communication, appelé l'attention de mes collègues sur la question des sigmoïdites et des périsigmoïdites.

Leurs observations aideront à constituer le dossier fort incomplet encore de ces affections mal connues.

Des remarques apportées à cette tribune il n'en est qu'une à laquelle je désire répondre, parce qu'elle touche à la définition de l'affection qui nous occupe.

Arguant de l'intégrité du côlon iliaque notée dans mon observation et de l'origine ovarienne de la suppuration périsigmoïdienne que je vous ai rapportée, mes collègues Hartmann et Lejars, pensent que cette observation ne devrait pas être classée dans les périsigmoïdites.

« De pareils faits, dit M. Hartmann, n'ont, me semble-t-il, rien à voir avec les périsigmoïdites. »

Notre collègue me pardonnera de ne pas être de son avis. Je pense, pour ma part, que c'est le siège de l'inflammation et de la suppuration et non leur cause qui doit justifier l'étiquette de périsigmoïdite.

Que l'inflammation du mésocôlon iliaque reconnaisse pour cause une lésion intestinale, une lésion ovarienne ou peut-être même une lésion urétérale du moment qu'elle siège dans le mésocôlon iliaque, elle doit être classée dans la catégorie des périsigmoïdites. Or sur le siège anatomique précis du phlegmon que j'ai ouvert, il ne saurait exister aucun doute ; aucune espèce d'erreur d'interprétation n'est possible sur ce point, ni pour moi ni pour ceux de mes élèves qui ont assisté à mon opération et six jours après à l'examen anatomique très soigné que nous avons fait.

C'était bien dans la partie du mésocôlon iliaque qui s'étend du détroit supérieur du petit bassin à la crête iliaque que siégeait l'infiltration purulente.

Ce phlegmon soulevait la portion fixe iliaque du côlon sigmoïdien; le gros intestin ainsi soulevé recouvrait pour ainsi dire la tumeur inflammatoire.

Anatomiquement, j'ai donc raison de dire qu'il s'agit bien là d'une périsigmoïdite.

Il est vrai que l'inflammation n'occupait pas la portion mobile du côlon iliaque, la véritable anse oméga, mais la portion fixe que j'ai décrite tout à l'heure est bien rattachée par tous les anatomistes au côlon iliaque.

Il n'existe même quant à présent, à ma connaissance, aucune observation anatomique précise d'inflammation siégeant dans la partie mobile seule.

Cette partie fixe du méso repose d'ailleurs, à la limite du muscle psoas et du muscle iliaque, sur une région intéressante que traversent avec l'uretère les lymphatiques profonds de l'ovaire et du testicule. On a pu voir dans mon observation que ces cordons lymphatiques étaient précisément ceux qu'avait envahis la suppuration dans mon cas.

Dans l'observation de Mikulicz, il est également question d'un ganglion dans le méso.

Ceci dit sur la définition des périsigmoïdites, permettez-moi de vous indiquer rapidement les notions anatomo-pathologiques précises que nous possédons quant à présent sur les inflammations du côlon sigmoïdien et sur les phlegmons périsigmoïdiens.

Une dizaine d'observations précises établissent l'existence de ces inflammations; elles se décomposent ainsi :

Deux fois (obs. de M. Loison et de M. Lejars) il y avait un gros abcès, accolé en dedans à l'S iliaque, sans lésions anatomiques de cet intestin.

Deux fois, le côlon iliaque était plus épais et plus ferme que normalement (Tuffier et Segond). Dans l'observation de M. Tuffier, il n'y avait pas de pus; dans celle de M. Segond, il y avait quelques gouttes de pus dans le méso-sigmoïdien.

Quatre fois, il y avait des ulcérations de l'intestin iliaque. Th. Régnier, Lyon 1897 (trois observations de Jaboulay et une de Gangolphe).

Une seule fois, le côlon iliaque indemne recouvrait la tuméfaction inflammatoire (observation de Rosenheim, de Berlin, opération faite par Mikulicz). L'apparence anatomique observée dans ce cas est tout à fait conforme à mon observation personnelle.

Comme je l'ai dit en apportant cette observation, elle démontre péremptoirement que toutes les périsigmoïdites ne sont pas d'origine intestinale, qu'il en est qui reconnaissent d'autres causes, notamment une infection angioleucitique partie de l'ovaire.

L'examen histologique fait par M. Mauté est très formel sur ces trois points : intégrité du côlon, intégrité du péritoine, infection partie de l'ovaire et remontant jusqu'an pédicule du rein en suivant les lymphatiques profonds de l'ovaire.

Je pourrais même sans aller bien loin interpréter de la même manière l'observation de M. le Dr Clamouse, rapportée ici par mon collègue Lejars. La proximité de l'accouchement dans ce fait conduit tout naturellement à penser à une infection des organes génitaux profonds,

Je ne pousserai pas plus loin cette discussion trop hypothétique, il me suffit d'avoir démontré la possibilité de l'origine ovarienne des périsigmoïdites. L'avenir démontrera sans doute si cette cause ne devra pas être invoquée plus souvent qu'elle ne l'a été jusqu'ici dans la pathogénie des inflammations périsigmoïdiennes.

Rapport.

Sur un nouvel appareil à anesthésie, par MM. SOUBEYRAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier et A. DEMELLE.

Rapport par M. J.-L. FAURE.

MM. Soubeyran et Demelle nous ont présenté, il y a quelque temps, un appareil à chloroforme. Cet appareil, dont il me paraît utile de laisser dans nos Bulletins la description précise, est basé sur le même principe que ceux qui vous ont été soumis depuis quelque temps. C'est-à-dire qu'il permet de régler le mélange de l'air et du chloroforme inspiré et de doser dans une certaine mesure la quantité d'anesthésique.

Voici quelle est la disposition et le mode d'emploi de cet appareil :

Il peut, pour la commodité de la description, être divisé en deux parties : *le masque* et *l'appareil* proprement dit.

Le *masque* est en cuivre nickelé, d'épaisseur suffisante, bien que de poids minime. Les dessins ci-joints, en plan et en élévation, demi-schématiques et de demi-grandeur, en donnent une idée exacte. La forme en a été étudiée de façon que, tel qu'il est, il adhère exactement sur presque toutes les faces. Un bourrelet pneumatique en caoutchouc assure, pour tous les autres cas, l'intensité de contact nécessaire pour toute bonne anesthésie. Il porte, vers une de ses extrêmités, d'abord une soupape orientée de façon à s'ouvrir à l'expiration, visible dans une cage de verre protégée par une armature, et dont le ressort est inoxydable; ensuite, à sa partie supérieure, un orifice avec collerette dans laquelle pénètre une vis de pression qui maintiendra à frottement dur l'appareil proprement dit.

L'*appareil* se compose d'un récipient destiné à recevoir l'anesthésique, avec un couvercle portant le dispositif de réglage d'air et de vapeurs narcotiques, et d'un tube, servant à la fois à soutenir le récipient et à amener le mélange sous le masque. — 1° Le récipient, d'environ 80 centimètres cubes, est cylindrique, en cristal, maintenu par une armature protectrice; 2° Le couvercle proprement dit porte d'abord six petits trous d'où partent des tubes plongeant dans le récipient. Leur but est de fournir un mélange d'air et de vapeurs chloroformiques plus intime. Par un septième orifice du couvercle, le récipient communique avec un tube large, soudé transversalement et portant deux ouvertures :

l'une inférieure, faisant communiquer le tube avec le récipient; l'autre supérieure, en rapport avec l'air extérieur. A l'intérieur de ce tube, et tournant à frottement grâce à un bouton molleté, un autre tube porte deux ouvertures ménagées de façon à masquer ou démasquer celles du tube extérieur en sens inverse; de sorte que lorsque (fig. 1) l'ouverture inférieure est complètement bouchée; celle d'en haut est ouverte en plein, et inversement (fig. 2) en passant par tous les intermédiaires (fig. 3, coupe perpendiculaire aux deux précédentes). L'arrivée de vapeurs chloroformiques se fait donc dans des proportions que l'on peut régler avec la plus grande facilité et la plus grande précision par la simple manœuvre du bouton molleté, et sous les yeux, pour ainsi dire. Puis, le tube, se rétrécissant, porte une soupape identique à celle du masque, mais orientée de façon à s'ouvrir à l'inspiration. Il se coude ensuite et descend, longeant le récipient. Là un ajutage en caoutchouc destiné à permettre l'enlèvement du couvercle le réunit à un autre tube qui revient en dessous du récipient. Il redevient alors vertical et pénètre dans la collerette du masque où l'appareil pourra tourner jusqu'à ce que la vis de pression l'immobilise dans la situation choisie. Mais cela ne suffit pas; il faut que, le masque tendant à devenir vertical comme dans la position de Trendelenburg, ou latéral (fig. 2), comme pour l'opération de la mastoïdite, le récipient demeure vertical. Ce résultat est obtenu de la manière suivante. La dernière partie du tube, celle qui pénètre dans la collerette du masque est une pièce distincte; elle est à l'intérieur évidée en cône où pénètre à frottement celle qui lui fait suite. Un bouton de serrage assure la cohésion de l'ensemble, une fois pris l'angle convenable.

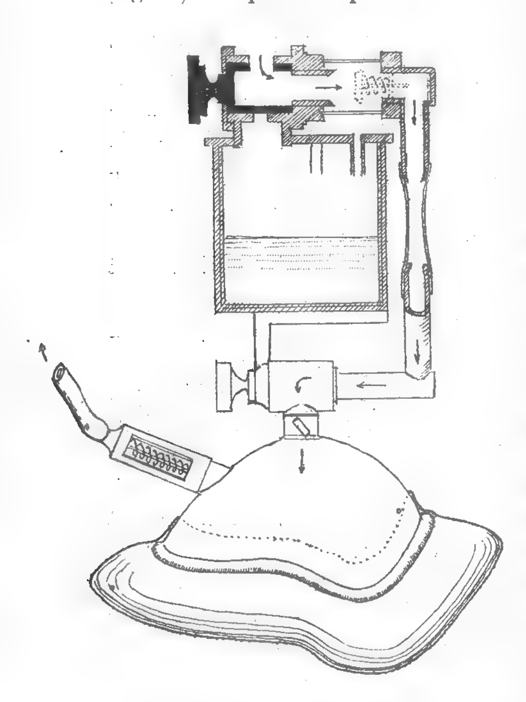
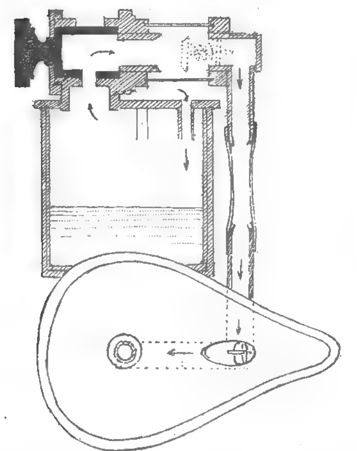


Fig. 1. — Position verticale du masque. L'air arrive seul.

Il est facile de comprendre qu'en combinant les deux articula-

tions on pourra placer l'appareil dans toutes les situations, dans tous les plans.

MODE D'EMPLOI. — Pour utiliser l'appareil après l'avoir garni d'environ 30 grammes de chloroforme et avoir replacé le couvercle, on n'a qu'à poser le masque sur la figure du patient. Si on a l'habitude de relever, de l'index et du médius, l'angle du maxillaire pour empêcher la chute de la langue en arrière, il suffit de poser le pouce sur le masque pour maintenir le tout en bonne position. On fait alors respirer au malade d'abord de l'air pur. Puis à l'aide du bouton molleté, on ouvre *graduellement* et en



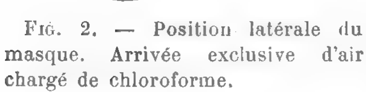


FIG. 2. — Position latérale du masque. Arrivée exclusive d'air chargé de chloroforme.

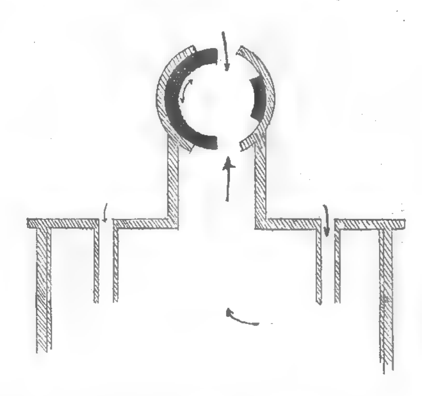


FIG. 3. — Coupe perpendiculaire aux précédentes. Arrivée simultanée d'air pur et d'air chargé de chloroforme.

plusieurs fois l'orifice d'accès des vapeurs de chloroforme jusqu'à obturation de l'arrivée d'air pur (dose maxima). Un index gradué indique par des chiffres croissants le degré d'ouverture de l'orifice d'accès des vapeurs. Le sommeil arrive en général vers la fin de la sixième minute. On diminue alors l'orifice d'accès des vapeurs de chloroforme que l'on a toujours sous les yeux jusqu'à un minimum que l'on découvre par tâtonnement et qui varie suivant les sujets. Un tube de caoutchouc ajusté à la soupape d'expiration permet d'éloigner de l'anesthésiste l'air et les vapeurs exhalés par le malade.

Les résultats obtenus dans les cinquante premières anesthésies ont été très bons : anesthésies régulières, vomissements rares, sommeil paisible, alertes presque inconnues. Nous retrouvons ici

les tableaux des anesthésies obtenues avec les autres appareils. Fait intéressant, les moyennes obtenues avec cet appareil sont presque exactement les mêmes que celles que j'ai eues moi-même dans l'ensemble de cent anesthésies par l'appareil de Ricard dont je vous ai communiqué les résultats dans la séance du 29 novembre dernier. C'est ainsi que la moyenne de temps employé pour obtenir l'anesthésie avec l'appareil de Ricard ayant été de 7 min. 20 secondes a été avec l'appareil de MM. Soubeyran et Demelle de 6 minutes 35 secondes.

Le premier a consommé par heure une moyenne de 25 c.c. 06, et le second 21 c.c. 90.

Il y aurait même sous ce rapport un très léger avantage en faveur du second appareil.

Quelques anesthésies en plus ou en moins auraient peut-être suffi à renverser ces proportions, et nous n'en pouvons rien conclure si ce n'est que l'un et l'autre de ces appareils semblent donner des résultats superposables et également satisfaisants.

Pour me rendre compte par moi-même des avantages et des inconvénients qu'il pouvait avoir, j'ai prié M. Demelle de bien vouloir venir anesthésier quelques malades dans mon service. Ces malades ont fort bien dormi. Mais j'ai pu me rendre compte de certains avantages et de certains inconvénients.

Le masque me paraît bon, supérieur certainement à celui de Ricard, et peut-être à la plupart des masques que nous connaissons. Il a l'avantage, en effet, de posséder un bourrelet pneumatique indépendant et qu'il est par conséquent très facile de stériliser par l'ébullition sans avoir à faire bouillir le reste du masque au risque d'abîmer la soupape. L'adjonction d'un tube d'expiration qui permet d'emporter au loin les gaz expirés par le malade est également un perfectionnement très appréciable.

Les soupapes, actionnées par un ressort à boudin très léger m'ont paru bien fonctionner. Il est cependant évident que si le ressort a l'avantage d'assurer l'occlusion de la soupape au moment de l'inspiration, sa résistance, quelque légère qu'elle soit, peut avoir l'inconvénient de constituer un obstacle suffisant pour empêcher le jeu de la soupape en cas de respiration très faible.

MM. Soubeyran et Demelle pensent qu'il y a quelques avantages à ce que le récipient et le masque forment une seule pièce et non deux éléments séparés. « Il s'ensuit, disent-ils, que l'ensemble est bien en main et qu'on n'a ni besoin d'une table pour le poser ni la crainte de voir le malade ou un assistant le renverser. » Je crois qu'on pourrait, au contraire, voir un inconvénient dans cette association du masque et du réservoir à chloroforme. Si l'appareil est bien en main, on est obligé de le maintenir constamment

pour qu'il soit vertical, d'où une certaine fatigue au cours d'une opération un peu longue. D'autre part, lorsque le malade se débat et agite la tête en divers sens, l'équilibre du réservoir est compromis, et le chloroforme s'agite au point de pouvoir jaillir par les orifices qui perforent le couvercle du réservoir. Un masque indépendant, quel que soit son modèle est, à mon avis, préférable, puisqu'il peut même tenir seul avec un serre-tête approprié.

La nécessité d'avoir une table pour le réservoir dans un appareil comme celui de Ricard ou de Reynier n'est pas un bien grand inconvénient. Le fait d'être obligé de surveiller le réservoir qui risque de se renverser, surtout lorsqu'on met le malade en position déclive en est un réel, mais il est facile d'y obvier comme je l'ai fait, par exemple, dans mon service, en adaptant à la table d'opérations un support destiné à recevoir le réservoir, support situé près de la tête du malade, et qui reste horizontal lorsque la table s'incline. Dans ces conditions, le réservoir fait pour ainsi dire corps avec la table et avec le malade. Le chloroformisateur n'a plus à s'en occuper. Il n'a plus qu'à maintenir le masque qui, la plupart du temps, tient tout seul, et à surveiller son malade.

Il n'est pas dans mon intention de pousser plus loin la comparaison entre l'appareil nouveau et ceux qui vous ont déjà été présentés, ceux de Reynier, de Ricard, de Tuffier, qui est aussi d'une seule pièce, et qui, tout en étant beaucoup plus simple, a donné à notre confrère de très bons résultats.

Je ne sais ni ne veut savoir quel est celui qui possède le plus de qualités et qui donne les anesthésies les plus régulières et les plus exemptes de dangers.

Mais ce que je veux retenir, c'est la supériorité des appareils sur la simple compresse. Il est incontestable qu'ils permettent de donner le chloroforme d'une façon beaucoup plus régulière, beaucoup plus économique, et que, toutes choses égales d'ailleurs, un chloroformisateur prudent et expérimenté trouvera dans leur emploi une sécurité qui, pour n'être pas absolue, n'en est pas moins supérieure à celle que nous connaissions jusqu'ici.

Je vous propose de remercier MM. Soubeyran et Demelle de leur intéressante présentation.

M. Paul Reynier. — Si pour l'anesthésie chloroformique on a abandonné la compresse pour faire usage des appareils, c'est qu'acceptant les idées de Paul Bert, et confiant dans ses expériences, on pense que les alertes et les accidents sont dus à des excès de vapeur chloroformique dans l'air, autrement dit à un dosage irrégulier. Avec les appareils on évitera ces accidents, parce qu'on peut avec eux doser les vapeurs chloroformiques dans

l'air, donner ces vapeurs exactement titrées, en connaître le titre, et, par suite, ne pas dépasser une dose, qui vous met à l'abri des alertes. Mais pour arriver à ce dosage du chloroforme dans l'air, tout constructeur d'appareil doit tenir compte de deux difficultés : 1° de la température qui élève ou diminue suivant qu'elle varie, les proportions du chloroforme dans l'air; 2° de la variabilité de la force et de la fréquence de la respiration humaine : ce qui fait que cette force et cette fréquence doublant, comme cela se produit dans la chloroformisation, on peut, avec un appareil qui ne prévoit pas cette difficulté, absorber une dose de chloroforme double ou triple de celle qui est indiquée sur l'appareil; à un certain moment on aura ainsi un accident mortel, ou une simple alerte, comme dernièrement vous m'en citiez des exemples, en me parlant d'appareils construits sans qu'on se soit préoccupé de ces deux difficultés. Or ces appareils, qu'on nous présente comme dosant le chloroforme, et qui en réalité ne le dosent pas, sont, je ne saurais trop le dire, dangereux, et nous donnent une fausse sécurité ; à mon avis, il vaut mieux alors avoir recours à la compresse, avec laquelle craignant le danger, vous prenez les précautions nécessaires pour faire arriver avec le chloroforme l'air en quantité suffisante.

L'appareil nouveau, sur lequel M. Faure vient de faire un rapport, a été construit sans tenir compte des deux causes d'erreur que je viens de signaler, et qui faussent, si on ne les a pas prévues et écartées, tous les résultats. Si on passe outre ces deux difficultés, il est facile de construire beaucoup d'appareils comme celui de M. Soubeyran. Avec une simple bouteille dans laquelle on mettra du chloroforme, et qu'on percera de deux trous, l'un pour l'aspiration, l'autre pour l'entrée de l'air, et en modifiant la forme de cette bouteille, on arrivera aisément à créer quantité d'appareils nouveaux. Mais, je le répète, le problème est plus difficile que cela à résoudre, et ce n'est qu'une fois résolu qu'il peut vous inspirer confiance.

M. J.-L. Faure. — Je ne crois pas que le but que se proposent les chirurgiens soit d'avoir des malades dormant avec une quantité déterminée et exactement dosée de chloroforme. Peu leur importe : le but qu'ils se proposent, c'est d'avoir un malade qui dorme bien. Le seul réactif auquel puisse, dans ces circonstances, se fier le chirurgien, c'est le malade lui-même. Ce n'est ni la dose exacte de chloroforme, essentiellement variable suivant les malades, ni la température de la salle ou du chloroforme. Quand le malade dort mal, il augmente la dose; quand il dort bien, il la diminue, et la supériorité des appareils tient précisément à ce

qu'il est avec eux plus facile qu'avec la compresse de donner de petites doses et de rester dans la position d'équilibre anesthésique.

M. Paul Reynier. — Dans ce cas, je le répète, inutile de vous servir d'appareils, servez-vous de la compresse.

Communications.

Mésentérite consécutive à l'appendicite.

M. Bonnet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, communique deux faits : « Deux observations d'infection du mésentère au cours de l'appendicite. »

Ce travail est renvoyée à une Commission : M. Michaux, rapporteur.

Syndactylie congénitale
Opération par la méthode italienne.

par M. QUÉNU.

Voici un enfant de quinze ans et demi porteur d'une série de malformations des mains et des pieds. On observait chez lui à la fois de la polydactylie de la syndactylie des doigts et des orteils ; je ne veux retenir que la malformation syndactylie des doigts.

A la main gauche, les troisième, quatrième et cinquième doigts sont réunis complètement. A la main droite, le médius et l'annulaire sont accolés, le petit doigt est réuni à l'auriculaire jusqu'à l'articulation phalango-phalanginienne.

A la *main droite* je pratiquai l'opération de Zeller entre le quatrième et le cinquième doigt. Et ultérieurement, après avoir emprunté un large lambeau à l'annulaire pour recouvrir la face latérale interne du médius, j'empruntai à la paroi abdominale un lambeau destiné à recouvrir la face latérale externe de l'annulaire.

A *la main gauche*, j'utilisai l'opération de Didot entre le troisième et le quatrième, le Zeller entre le quatrième et le cinquième. Voici les résultats : je ne veux comparer entre elles que l'opération

de Didot et l'opération italienne. A mon avis, l'opération de choix; quand elle est indiquée, est celle de Zeller, mais elle s'applique spécialement aux cas de doigts palmés, plutôt qu'aux cas de doigts accolés. Pour ses derniers, en effet, il faut plus d'étoffe, il faut de la peau en quantité sufffsante pour recouvrir deux faces latérales de doigts.

L'opération de Didot emprunte de la peau dorsale pour recouvrir la face latérale d'un doigt et de la peau palmaire pour recouvrir la face latérale de l'autre doigt, mais elle n'ajoute rien, elle ne donne aucune étoffe nouvelle, aussi en résulte-t-il, ainsi que vous pouvez vous en convaincre, une perte de substance que trahit chez mon malade le tissu cicatriciel; son annulaire gauche est aminci, moins mobile, moins souple.

Sur la main gauche, au contraire, opérée postérieurement, vous pouvez constater la souplesse du doigt et la mobilité de tous les doigts. Sans doute, l'annulaire est encore gros, la peau ne s'étant pas encore affinée, ni débarrassée de son pannicule adipeux, mais je suis convaincu que cette légère déformation est destinée à disparaître. De plus, le médius est totalement dépourvu de tissu de cicatrice; c'est qu'en effet, non préoccupé du dépouillement de l'annulaire, j'ai emprunté à celui-ci une bonne portion de peau dorsale que j'ai rabattue sur la face latérale interne du médius.

La greffe italienne a été pratiquée le 9 février. Le lambeau a été sectionné le 24, la seule petite difficulté est la confection du lambeau au niveau du rebord unguéal.

La greffe italienne a été appliquée plus d'une fois aux pertes de substance digitale résultant de brûlures. J'ai opéré de la sorte un certain nombre d'enfants à la fondation Péreire et M. Berger a communiqué des faits de cet ordre à la Société de chirurgie. Je n'ai pas vu néanmoins dans nos Bulletins, que la méthode ait été appliquée aux malformations congénitales, et c'est ce qui m'a engagé à vous communiquer cette observation.

M. Félizet. — C'est, en effet, une belle application de la méthode italienne, dans des conditions que la mobilité, nécessaire aux doigts, rend particulièrement difficiles; le lambeau transplanté est solide, bien nourri et tout à fait convenable.

Il est assurément supérieur aux revêtements que procure la méthode de Didot.

Mais si vous regardez bien ce doigt, vous voyez qu'il présente dans son quart ou dans son tiers supérieur une véritable palmature.

Cette palmature *soutiendra* sans doute efficacement le lambeau italien et empêchera la fusion récidivante des doigts séparés;

mais au point de vue de l'esthétique et des fonctions, elle ne constituera pas une commissure.

Ce doigt n'a, en réalité, ni la longueur, ni l'indépendance, ni l'agilité des doigts voisins.

Or, j'ai opéré un nombre assez considérable de syndactylies congénitales, pour pouvoir vous dire qu'aucun des procédés classiques que vous a mentionnés M. Quénu, n'est capable de créer une commissure définitive, souple et suivant exactement la ligne des commissures des autres doigts.

M. Quénu a oublié un procédé susceptible de donner des résultats autrement heureux.

Je suis assez embarrassé pour vous signaler ce procédé et pour vous le décrire, car il est de moi.

Voici plus de quatorze ans que je l'ai publié dans un mémoire sur la syndactylie congénitale paru dans la *Revue d'Orthopédie* de M. Kirmisson, avec des dessins que la plupart des traités de chirurgie ont reproduits (1).

Je vous demanderai la permission de vous montrer, après les vacances de Pâques, une jeune malade, ma dernière opérée, atteinte de syndactylie des quatre doigts, et vous verrez le résultat.

Pour moi, l'acte fondamental de l'opération de la syndactylie est précisément la *constitution d'une commissure*; cette commissure, je l'emprunte simplement aux téguments de la face palmaire et je la fixe exactement dans la ligne digito-palmaire : c'est une sangle, c'est un *surfaix* inséré au dos de la main, garantie naturelle contre la récidive de la fusion des doigts séparés.

La commissure assurée, c'est l'opération achevée ; les surfaces latérales cruentées des doigts se cicatrisant en plus ou moins de temps, avec ou sans greffes. Ces doigts sont de la même longueur et semblables les uns aux autres.

Ce procédé, simple et d'une exécution facile, s'applique à toutes les syndactylies congénitales : fusion des parties molles et fusion du squelette des doigts.

Je l'ai appliqué chez les enfants de quelques mois et chez les adultes, avec des résultats très bons.

Je suis heureux de l'occasion qui se présente aujourd'hui de vous les montrer prochainement.

M. Berger. — La critique adressée par M. Quénu au procédé de Didot est très juste ; dans les syndactylies sans palmure lâche, avec accollement des doigts, le dédoublement de la palmure est tout à fait insuffisant pour fournir d'un tégument complet la face

(1) Voir *Revue d'Orthopédie*, janvier 1892.

correspondante des deux doigts qui viennent d'être libérés de leur adhérence.

J'ai, depuis plus de deux ans, modifié dans les cas de ce genre, le procédé de M. Forgue que n'a pas cité M. Quénu. On sait que celui-ci consiste à utiliser la peau de la palmure et même les téguments dorsaux de l'un des doigts fusionnés, pour pourvoir d'un revêtement tégumentaire complet le doigt voisin. Le doigt qui reste dépouillé de sa peau est recouvert avec un lambeau taillé sur la face dorsale de la main, dont le pédicule correspond à l'espace interdigital, et auquel on fait subir un mouvement de torsion sur ce pédicule pour l'appliquer et le coudre sur la perte de substance qui présente, au niveau de l'espace interdigital et sur sa face dorsale, le doigt en question.

Pour éviter la cicatrice que la dissection de ce lambeau laisse sur la face dorsale de la main, craignant aussi le sphacèle qui pourrait envahir le lambeau allongé et grêle dont le pédicule a dû subir une torsion assez prononcée, pour recouvrir le doigt qui est dépourvu de téguments au niveau de sa face dorsale et de l'espace interdigital, j'ai, depuis plus de deux ans, eu recours à l'autoplastie italienne.

La peau de la palmure et une bonne partie de la peau d'un des doigts conjoints ayant été employées à pourvoir d'un revêtement tégumentaire complet la face dénudée de l'autre doigt, je comble la perte de substance qui reste sous la pression de ces doigts, avec un grand lambeau que je taille *à l'italienne*, soit sur le flanc, la région ombilicale ou la fosse iliaque ou même sur la région dorsale du tronc. Le pédicule de ce lambeau est sectionné et adapté à la commissure interdigitale au bout d'une quinzaine de jours.

Depuis deux ans, j'ai deux fois employé ce procédé qui m'a donné comme résultat une indépendance physique et fonctionnelle complète des doigts congénitalement fusionnés. Ce procédé, on le voit, est identique à celui de M. Quénu ; il est une modification de celui de M. Forgue, que l'on complète de la sorte par l'application d'un lambeau à l'italienne à une partie éloignée du corps.

M. Bazy. — J'ai employé le procédé de Didot dans un cas analogue à celui de M. Quénu, et j'ai constaté les mêmes inconvénients que ceux signalés par M. Quénu dans le premier cas, opéré par le Didot. D'un autre côté, tout en contemplant le bon résultat fonctionnel obtenu par la méthode italienne, j'ai constaté là une déformation qui n'est pas inférieure à la syndactylie qui bien souvent ne s'accompagne pas de troubles fonctionnels.

Et c'est le cas pour ma malade qui est une femme de vingt-cinq

à vingt-six ans venue se faire opérer parce qu'elle ne pouvait pas mettre un dé à coudre ordinaire.

M. Nélaton. — Tous les cas de syndactylie ne sont pas pareils. Je pense qu'aux grandes palmures la méthode de Didot doit être appliquée. Lorsqu'au contraire, la syndactylie est très serrée, il faut recourir à la méthode italienne.

M. Berger. — Je ne puis accepter l'objection de M. Bazy. Il y a lieu de les en débarrasser, car c'est une tare congénitale désagréable.

M. Quénu. — M. Berger s'est chargé de répondre aux objections de M. Bazy. M. Nélaton dit avec raison que les procédés doivent varier avec la disposition de la palmure, je n'ai pas dit autre chose. Mais quand il n'y a pas d'accolement, je préfère bien le facile et simple Zeller au Didot.

Mon ami Félizet se plaint que je n'ai pas prolongé l'interstice digital ; mais la longueur du doigt libre m'a paru suffisante, et en tout cas ce petit défaut serait le fait de l'opérateur et non de la méthode.

M. Berger. — Je ne puis accepter les critiques que mon collègue et ami Félizet adresse à la méthode employée par M. Quénu. Si la palmure persiste quelque peu chez son opéré, cela tient uniquement à ce que l'opération n'a pas été tout à fait assez largement conduite. Le lambeau italien peut avoir les dimensions que l'on veut : il est donc toujours suffisant ; s'il est un peu exubérant, on peut ultérieurement en diminuer les dimensions. Cela sera d'ailleurs rarement nécessaire, car la rétraction spontanée de ces lambeaux les ramène bientôt aux dimensions nécessaires.

Je ne puis non plus admettre avec M. Bazy qu'il soit inutile de pratiquer la séparation de deux doigts réunis par le syndactile. Ces doigts, certes, sont assez souvent très agiles quoique confondus sous une enveloppe commune, mais la déformation qui les réunit est une tare très visible et capable de nuire à l'avenir des jeunes gens qui en sont atteints.

Je crois donc qu'on ne saurait trop approuver la conduite des chirurgiens qui cherchent un moyen de remédier à cette difformité dans une opération bien conçue et suffisamment étendue.

Présentations de malades.

Extirpation d'un gliosarcome du cerveau.

M. F. LEGUEU. — Je vous présente un malade de cinquante-sept ans, que j'ai opéré le 1er février dernier pour une tumeur cérébrale de la région motrice du côté droit.

Le malade présentait cette particularité qu'il avait subi quelques mois avant un traumatisme de la tête, et qu'il était en même temps syphilitique.

Les accidents d'épilepsie pour lesquels il entrait dans mon service de l'hôpital Tenon furent d'abord rattachés par moi à la syphilis; mais comme ces accidents ne s'améliorèrent pas malgré le traitement spécifique, je pensai qu'une fracture partielle du crâne en était la cause ou une tumeur cérébrale.

Et c'est dans ces conditions que j'opérai ce malade.

Le malade a très bien supporté l'opération : il est aujourd'hui dans un excellent état, et je dois en partie ce succès à la *précocité* relative de l'opération, qui a été faite avant que les grands symptômes de l'hypertension cranienne ne se soient encore réalisés.

Voici d'ailleurs l'observation très complète qui m'a été remise par mon interne M. Cottard :

Gliosarcome de la région frontopariétale droite. Craniectomie temporaire. Ablation de la tumeur. Guérison.

L.. M..., cinquante-sept ans, menuisier, demeurant 1, impasse Dupuy, Paris, entre à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, service de M. Legueu, le 11 janvier 1906.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-seize ans de congestion pulmonaire.

Mère morte à quarante-sept ans du choléra.

Un frère et une sœur encore vivants et bien portants.

Veuf, a eu six enfants, les cinq premiers sont morts en bas âge dans les premiers mois, le sixième est une fille qui a treize ans. La mère n'a eu qu'une fausse couche entre le troisième et quatrième enfant.

Antécédents personnels. — Jamais malade. A vingt ans contracte la syphilis.

Fait son service militaire dans les pompiers de Paris.

Opéré par Nélaton il y a quinze ans de lésion inconnue du testicule gauche.

Le 1er août 1905, en descendant un escalier, fait un faux pas et tombe. Dans sa *chute* il se fracture une côte, et se fait une large plaie à la tête, dans la partie postérieure de la région pariétale droite, près de la ligne médiane. Va à l'hôpital Saint-Louis, où il reste treize jours en traitement; sort guéri.

Il reprend son travail de menuisier, et ne présente aucun trouble pathologique jusqu'au 25 septembre 1905.

Le 25 septembre, à 9 heures du matin, en rentrant chez lui, il tombe brusquement sur le trottoir, sans avoir été averti par aucun trouble antérieur. Il ne perd pas connaissance, il se relève seul et presque aussitôt constate qu'il s'est fait quelques écorchures au nez et à la face et ne comprenant pas pourquoi il est tombé, continue son chemin, et va reprendre son travail comme si rien n'était arrivé.

Le 25 octobre, *deuxième crise* : à 4 heures du soir, à l'atelier, pendant qu'il sciait une planche, il est pris d'un étourdissement subit, puis il sent une crampe dans les doigts et la main gauche, qui bientôt sont animés de tremblement, il se frictionne un peu, mais sentant qu'il va tomber par terre, il se cramponne à l'établi, et s'assied. Le tremblement gagne tout le bras et se généralise à tout le corps, sauf à la face. Il ne perd à aucun moment connaissance. La crise dure une demi-heure environ. A la suite le malade, fatigué, rentre chez lui se coucher.

Le 25 décembre, *troisième crise* : à 4 heures du matin, au milieu d'un cauchemar, il se réveille couvert de sueur, ses membres sont animés de tremblements; il appelle des voisins qui remarquent qu'il se tourne toujours du côté gauche, la tête tournée à gauche. La crise dure vingt minutes environ pendant lesquelles le malade garde toute sa conscience.

Le 9 janvier, *quatrième crise* : à minuit, il se lève pour uriner, pose la main droite sur la table de nuit, mais celle-ci semble basculer, les membres paraissent animés de mouvements oscillatoires et giratoires. Il se jette vite sur son lit, où il est pris de tremblements de la main gauche, puis du bras et du membre inférieur gauche. Quand il veut parler, il bredouille, ne peut s'exprimer d'une façon compréhensible.

Le 11 janvier 1906. *Entre à l'hôpital Tenon.* C'est un homme de taille moyenne, 1m66, qui semble bien portant. Il pesait, dit-il, avant ces accidents, il y a un an environ, 83 kilogrammes, aujourd'hui il pèse 76 kilogrammes. Les divers appareils, digestifs, respiratoires, circulatoires, semblent en bon état; les artères sont un peu dures.

Les urines ne contiennent *ni sucre ni albumine. Le testicule* gauche est augmenté de volume, très dur, indolore, avec tous les caractères du *testicule syphilitique* : c'est le testicule qui a subi une opération il y a quinze ans.

Absence totale de céphalée dont le malade ne s'est jamais plaint.

Aucun *trouble intellectuel* appréciable, le malade s'exprime assez bien, il n'a pas remarqué de diminution de sa mémoire.

Il a eu en tout *quatre crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne* qui ont

toutes débuté par des fourmillements et des tremblements de la main gauche, avec propagation vers la racine du membre et se généralisant plus ou moins. *Après les crises* le bras gauche est un peu engourdi pendant quelques heures, et tout passe. Depuis la dernière crise il a persisté une certaine maladresse de la main gauche. *La force musculaire* semble égale à droite et à gauche. *Sensibilité à la piqûre*, existe à droite et à gauche avec un peu d'hyperesthésie à la main gauche. Il sent également le froid et le chaud.

Les *réflexes* tendineux sont peu marqués, et à peu près égaux à droite et à gauche.

La vue est bonne, jamais trouble. Par d'examen ophtalmoscopique.

Les réflexes d'accommodation à la lumière et à la distance sont conservés et très nets.

Quelques bourdonnements d'oreille, depuis le traumatisme.

Pouls : 65.

Température, a toujours oscillé entre 37,5 et 38,5.

Localement, on voit sur le cuir chevelu, une cicatrice partant à peu près du plan sagittal, à 4 ou 5 centimètres en arrière du bregma, pour se diriger obliquement en avant et à droite sur une longueur de 4 centimètres environ.

Il n'y a pas de dépression, d'enfoncement appréciable à la palpation.

La percussion à ce niveau n'est pas douloureuse.

Une *ponction lombaire* permet de retirer 2 centimètres cubes environ de liquide céphalo-rachidien, clair, eau de roche, qui sort sans hypertension appréciable. (Pas d'examen cytologique du liquide.)

On laisse le malade au repos, en observation, puis en raison de sa syphilis on lui fait quelques piqûres de biiodure.

Les jours suivants, le malade se plaint à plusieurs reprises d'engourdissements du bras gauche, qui cessent pendant deux ou trois jours, puis reparaissent. La main gauche devient plus maladroite, elle tient mal un verre à boire mis dans les doigts, le laisse parfois tomber, le porte en tremblant à la bouche, qui n'est trouvée qu'après deux ou trois tâtonnements.

20 *janvier*. — Le 20 janvier 1906, à 11 heures du matin, nouvelle crise d'épilepsie jacksonienne (*cinquième crise*). Il se lève pour uriner, mais sent qu'il perd l'équilibre, il a un étourdissement, et se jette vite sur le lit voisin pour ne pas tomber à terre. Il est pris de tremblements qui débutent par le pouce gauche, gagnent le poignet, le coude, l'épaule gauche, puis le membre inférieur gauche. Cela dure une dizaine de minutes, sous les yeux de la surveillante et des autres malades. Appelé, on arrive auprès du malade, dont la crise vient de cesser. Il a encore la tête lourde, la main et la jambe gauches engourdies et froides; la sensibilité à la piqûre est bien diminuée dans la main et l'avant-bras gauches, peu à la jambe gauche.

21 *janvier*. — Le lendemain, le membre inférieur gauche a repris son état normal, mais le membre supérieur gauche est toujours à demi

paralysé, violacé, le malade se plaint d'y avoir toujours froid. On fait lever le malade, il marche péniblement, vascille, fauche un peu avec la jambe gauche qui semble moins forte. Cependant le malade va directement vers le but qu'on lui fixe, et fait demi-tour, lentement, mais sans perdre l'équilibre. L'intelligence semble s'être un peu obscurcie, le malade répond mal et difficilement aux questions; son caractère se modifie un peu, il devient exigeant, parle seul à haute voix, crie.

Les jours suivants, les symptômes précédents persistent, s'accentuent même, et le malade s'en aperçoit, il demande à plusieurs reprises qu'on lui fasse quelque chose, qu'on l'opère si c'est nécessaire.

On continue les piqûres de biiodure (en tout 5 piqûres).

28 *janvier*. — Le 28 janvier, la surveillante se plaint des difficultés qu'elle a à soigner le malade, qui est devenu indocile. Il casse ou renverse tout ce qu'il touche. Il parle beaucoup à très haute voix, prononce des paroles incohérentes, et gêne les autres malades. Le membre supérieur gauche est toujours froid, cyanosé, aux trois quarts paralysé. Soulevé, il retombe flasque sur le plan du lit. Pour le déplacer le malade se sert de la main du côté opposé. La sensibilité à la piqûre est nulle à la main gauche et très diminuée dans le reste du membre. La face est toujours indemne.

1er *février*. — Le 1er février 1906, *opération* par M. Legueu aidé de ses internes Cottard et Chirié. Malade rasé, lavé, endormi au chloroforme. Repérage de la situation des scissures de Rolando et de Sylvius du côté droit.

Incision de la peau selon une courbe à concavité inférieure de façon à délimiter un lambeau en forme d'Ω de 10 centimètres de large environ.

Rugination du périoste sur 2 centimètres de largeur environ.

Dans l'angle antérieur de l'incision, on fait un trou à la boîte cranienne avec la fraise de Doyen. Le reste de la section osseuse, taillée légèrement en biseau, est faite très rapidement avec l'*appareil de Bercut.*

Le volet ostéo-cutané, abattu en bas, laisse voir la dure-mère qui bombe nettement en un point (volume et forme d'un verre de montre). A ce niveau elle est bleuâtre.

Incision demi-circulaire de la dure-mère qu'on essaie de relever, mais elle adhère aux parties sous-jacentes; on la décolle peu à peu au bistouri. Au-dessous est une surface blanc rosé, mamelonnée, à bords irréguliers et qui tranche nettement sur les parties voisines. *Absence de battements.*

Le doigt glissé dans la scissure du Sylvius, contourne le bord inférieur de la tumeur, partout ailleurs elle est adhérente et confondue avec la substance cérébrale. Elle semble recouvrir le tiers inférieur des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante, à cheval sur la scissure de Rolando. Sa surface extérieure est circulaire avec un prolongement en avant et en haut (nature). Son volume est celui d'une très grosse noix.

L'énucléation tentée au doigt a été continuée au bistouri en tran-

chant en pleine substance cérébrale saine, dont une certaine quantité est enlevée avec la tumeur.

Après l'ablation il reste une surface légèrement excavée, très saignante ; en particulier dans le fond de la scissure du Sylvius on voit un jet artériel qu'on essaie vainement de pincer.

Suture circulaire de la dure-mère au catgut. Mais une hernie cérébrale volumineuse empêche de finir la suture. On essaye de la refouler avec les doigts, avec une compresse, on n'aboutit qu'à faire de la bouillie cérébrale qui fuse à droite et à gauche. Enfin, la suture dure-mérienne est faite à grands points, entre plusieurs points, des lambeaux de substance cérébrale font hernie et sont réséqués au ciseau.

On rapplique le volet ostéo-cutané. L'hémorragie abondante, fait qu'on essaie de placer une mèche ou un drain, avant d'obturer complètement la plaie. Tentatives infructueuses, vite abandonnées. La plaie cutanée est complètement refermée au crin, sans drainage. Pansement compressif.

Le soir, vers cinq heures, température, 37°8. Pouls, 68. Légère paralysie faciale gauche. Paralysie flasque des membres supérieurs et inférieurs gauches. Le malade est abattu, somnolent. Piqûres d'éther, de caféine, 1000 grammes de sérum.

2 *février*. — Le lendemain 2 février, température, 37°5, Pouls 75. Amélioration notable, la jambe gauche a recouvré sa motilité ; le malade veut se lever pour aller à la selle.

Le membre supérieur gauche est moins insensible, et a quelques mouvements, très limités. Pas de vomissement.

3 *février*. — Le 3 février, température, 39°3. Pouls, 120. Malade très agité, délire nocturne bruyant. Urine et va à la selle dans son lit. On défait le pansement ; le cuir chevelu est soulevé par hématome. Deux fils sont coupés, la plaie un peu débridée, du sang noir, avec des caillots, sortent. Pansement sec.

Les jours suivants la température baisse et le pouls redevient normal, la motilité et la sensibilité reparaissent peu à peu dans les membres gauches, la paralysie faciale s'atténue. Mais le malade est de plus en plus agité, son langage est incohérent, il ne sait plus ce qu'il fait par moments, il boit le contenu d'un urinal laissé à sa portée. Son état nécessite une surveillance continuelle.

Reprise du traitement antisyphilitique ; tous les jours une piqûre de 3 centimètres d'huile biiodurée.

9 *février*. — Le 9 février l'état local de la plaie est parfait, réunion par première intention ; on enlève les crins. Les troubles sensitivo-moteurs du membre inférieur gauche et de la face, se sont beaucoup améliorés, mais le membre supérieur gauche est toujours à demi-paralysé, et la peau sensible. Les troubles mentaux ne se sont guère améliorés, le malade parle constamment, et à haute voix, il fait un tel bruit dans la salle qu'il gêne les malades ; aussi fait-on passer ce malade à l'isolement (salle Velpeau). Il urine et va à la selle de temps en

temps dans son lit, parfois dans le bassin. Une escarre fessière apparaît au côté gauche.

A l'isolement, le malade est observé de loin en loin. Son état s'améliore progressivement, les troubles mentaux cessent, le membre inférieur, puis le membre supérieur recouvrent à peu près l'intégrité de leurs fonctions, et le vingtième jour le malade se lève.

5 *mars*. — *Etat actuel*. — Trente-six jours après son opération, le malade se porte bien, a bon appétit, il a retrouvé sa *lucidité intellectuelle habituelle*. *Les réflexes* semblent dans le même état qu'à son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire normaux. *La marche* est facile, aucunement gênée. Il persiste de très légères traces de paralysie faciale gauche, apparentes seulement à l'occasion de certains mouvements.

Le membre supérieur gauche a retrouvé sa motilité et sa force. Les masses musculaires de l'avant-bras gauche semblent avoir subi un peu d'*atrophie*, par comparaison avec le côté droit. La circonférence de l'avant-bras à trois travers de doigts du bec de l'olécrane, a 24 cent. 1/2 a gauche, et 26 centimètres à droite. Il persiste une *difficulté à tenir les petits objets*, du bout des doigts; s'il tient sa pipe par le tuyau, il la laisse tomber sans s'en douter, en croyant même la serrer fortement.

La sensibilité à la piqûre et au froid et au chaud est revenue, égale à droite et à gauche.

Il *persiste des troubles de la fonction kinesthésique* : le malade ne se rend pas un compte exact de la position de son bras gauche. Pour saisir avec la main droite, l'avant-bras gauche, les yeux étant fermés, la main droite hésite, cherche en deçà au delà de la position occupée par l'avant-bras gauche. Si on pique l'index gauche avec une épingle, et qu'on prie le malade d'indiquer avec l'index droit, les yeux étant fermés, le point de la piqûre, il montre un point distant de 10 à 15 centimètres du point piqué. Cette exploration faite à diverses hauteurs sur le membre supérieur gauche, montre qu'à mesure qu'on se rapproche de la racine du membre, les écarts sont de moins en moins grands.

Il reconnaît bien les *différences de poids des objets*.

Mais il y a *disparition du sens stéréognostic* : le malade les yeux fermés ne reconnaît pas la forme de l'objet mis dans sa main gauche, une clef et ensuite un ciseau, par exemple.

Examen histologique de la tumeur pratiqué par M. Klippel dont la compétence est bien connue et que je remercie de son obligeance.

« On voit sur les coupes des cellules rondes d'aspect embryonnaire. On ne voit nulle part de cellules géantes. Les cellules rondes dont il s'agit ne présentent aucune atrophie de leur noyau et aucune altération dégénérative de leur protoplasma. Le développement vasculaire est assez marqué, et sur quelques points on rencontre des hémorragies, ce qui n'est pas rare dans le gliome. A la périphérie de la tumeur, la substance cérébrale est profondément désorganisée et on observe à ce niveau un processus d'œdème et de congestion très marqué. Les éléments de la tumeur infiltrent le cerveau et ne sont pas séparés de la substance nerveuse par une membrane. Par l'ensemble de ses carac-

tères la tumeur ressemble à un *sarco-gliome*, c'est-à-dire à une tumeur formée aux dépens de la névroglie, au stade embryonnaire » (le mot *sarcome* est ajouté pour indiquer cet état embryonnaire).

Les points sur lesquels j'insisterai sont ceux-ci :

1° En ce qui concerne les rapports du traumatisme et de la tumeur, il est possible que la tumeur se soit développée à la suite du trauma, mais il est possible aussi que le trauma n'ait été que le premier accident provoqué par la tumeur ;

2° Au point de vue opératoire, j'ai fait la craniectomie temporaire avec l'appareil de Bercut, et je n'ai fait aucun drainage ;

3° Actuellement et malgré les paralysies partielles qui ont suivi l'opération, le blessé est dans un état très satisfaisant ; il n'a aucune paralysie motrice.

Iléo-rectostomie avec exclusion unilatérale de l'intestin.

M. HENRI HARTMANN. — Lorsqu'il y a quelques mois, mon ami Demoulin a soulevé ici même la question de l'iléo-rectostomie et a préconisé cette opération qui lui paraissait très supérieure à l'anus iliaque, je vous ai, au cours de la discussion, parlé d'un de mes opérés d'iléo-rectostomie. Je viens aujourd'hui vous présenter un deuxième cas d'iléo-rectostomie pour néoplasme recto-sigmoïdien et insister sur la simplicité extrême de cette opération lorsqu'on suit la technique de Lardennois.

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-huit ans, entré dans mon service pour des accidents d'occlusion intestinale avec arrêt complet des matières depuis dix-sept jours et arrêt presque complet des gaz.

Mon assistant, M. Lecène, lui fit le 12 décembre d'urgence un anus artificiel dans la fosse iliaque droite ; trouvant le cæcum très distendu, il établit la bouche sur ce segment d'intestin.

Le malade guérit parfaitement de l'intervention, mais ennuyé de l'écoulement incessant de matières liquides, il réclama une deuxième opération.

Le 26 février 1906 je constatais par une cœliotomie médiane l'existence d'une tumeur recto-sigmoïdienne avec ganglions à distance et infiltration du méso. Toute tentative d'opération radicale était impossible. Je fis alors une iléo-rectostomie avec le bouton de Murphy, utilisant pour le placement de la moitié rectale la pince de Lardennois, puis je coupai et fermai l'iléon un peu en amont de la valvule iléo-cæcale.

L'écoulement des matières se fit immédiatement par le rectum. Le bouton tomba le huitième jour.

Actuellement le malade va bien ; il a toujours un peu de tendance à la diarrhée. J'ai laissé ouverte la fistulette cæcale, tenant à conserver une soupape de sûreté pour le cas où des sécrétions intestinales sus-jacentes à la partie malade et ne pouvant la franchir auraient besoin d'une voie de dérivation.

Le Secrétaire annuel,
P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1906

Présidence de M. SEGOND.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2°. — Une lettre de MM. DELORME et HENNEQUIN qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

3°. — Des lettres de candidature de MM. OMBREDANE, MARION, LAUNAY, THIÉRY et MORESTIN, pour la place de membre titulaire déclarée vacante.

A propos de la correspondance.

M. BAZY dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Rouvillois, médecin-major répétiteur à l'École du service de santé militaire, intitulé : *Incontinence nocturne d'urine avec polyurie et pollakiurie, coïncidant avec une double malformation urétrale (hypospadias balanique et rétrécissement congénital de l'urètre en sa portion bulbaire).*

Le travail de M. Rouvillois est renvoyé à une commission : M. BAZY, rapporteur.

M. le Secrétaire général annonce que M. le Dr Monteils (de Mende) a envoyé une série de livres à la Société de chirurgie.

M. le Président adresse ses remerciements à M. Monteils et engage ses collègues à regarder les beaux livres qui nous ont été adressés.

Procès-verbal.

A propos d'une question de M. Reynier, la Société décide à nouveau qu'il faut que tous les manuscrits soient remis à l'imprimerie avant le jeudi soir pour paraître dans le Bulletin.

Un Comité secret se réunira après la prochaine séance pour étudier les questions relatives à la date d'apparition du Bulletin.

A l'occasion du procès-verbal.

Anesthésie chloroformique après injection de scopolamine et morphine.

M. Jalaguier. — Mon expérience personnelle est encore assez restreinte, puisqu'elle ne porte que sur 21 cas. Je crois pouvoir dire cependant que mes observations confirment absolument la manière de voir de M. Terrier et de M. Walther.

J'ai suivi la technique indiquée par M. Walther; injection, une heure environ avant l'opération, d'un milligramme de scopolamine associé à 1 centigramme de morphine (trois sujets âgés l'un de quatorze ans, les deux autres de quinze ans, n'ont reçu qu'une demi dose). Je n'ai pas, jusqu'ici, employé ce mode d'anesthésie chez les enfants :

1	opéré avait.	14 ans.
2	opérés avaient	15 ans.
11	étaient âgés de.	18 à 23 ans.
2	—	30 ans.
1	était âgé de.	33 ans.
1	—	38 ans.
2	étaient âgés	32 ans.
1	était âgé	41 ans.
21		

Sur ce nombre, il y avait 17 sujets du sexe féminin et 4 du sexe masculin.

Nature de l'opération :

18 appendicites à froid,
1 appendicite avec annexite,
1 appendicite avec hernie,
1 grosse hernie inguinale.

Le chloroforme a été administré au moyen de l'appareil de Ricard par le Dr Bourbon, qui m'a fourni les renseignements qui suivent :

Pour la grande majorité des cas, la quantité de chloroforme employé à varié de 7 à 12 centimètres cubes. Dans un cas, chez une dame de trente-huit ans, très nerveuse, pour une anesthésie ayant duré une heure, il a fallu 15 centimètres cubes.

Dans un autre cas, jeune fille de quatorze ans, très nerveuse également, il a fallu 18 centimètres cubes pour une anesthésie de cinquante-cinq minutes.

Un jeune homme de dix-huit ans, pour une anesthésie de cinquante-sept minutes, a consommé 17 centimètres cubes.

Un jeune homme de quinze ans a consommé 18 centimètres cubes pour une anesthésie de cinquante-cinq minutes.

Enfin une dame de quarante et un ans, très nerveuse, morphinomane, affolée à l'idée de l'opération, a consommé 14 centimètres cubes pour une anesthésie de cinquante-cinq minutes.

En général, au moment où la chloroformisation commence, le pouls est à 120 pour descendre vers la normale sous l'influence du chloroforme. La pupille est moyennement dilatée, les axes oculaires sont parallèles et directs. Sous l'action du chloroforme la pupille se rétrécit mais jamais autant que dans l'anesthésie chloroformique ordinaire. Les axes des yeux divergent le plus souvent. Quelquefois ils convergent en bas. Le nystagmus, fréquent dans la chloroformisation sans scopolamine, est très rare et bien moins prononcé avec scopolamine.

La respiration est légèrement accélérée (18 à 24), thoracique et abdominale comme à l'état normal (H. Bourbon).

Au point de vue des vomissements pendant l'anesthésie, je puis dire qu'ils ont presque toujours manqué. Trois malades seulement ont présenté quelques nausées ou légers efforts de vomissement au début de l'anesthésie, avant le commencement de l'opération ; ils ont facilement cédé à l'augmentation de la dose de chloroforme.

Pendant l'opération, aucun malade n'a vomi, or, tout le monde sait combien sont fréquents et souvent gênants dans l'anesthésie

chloroformique ordinaire les efforts de vomissement au moment où l'on attire l'appendice au dehors, ou bien lorsqu'on fait la ligature du méso-appendice, ou bien encore, au moment de la suture du péritoine pariétal.

Après l'opération, je n'ai observé aucun incident particulier. Je renvoie donc simplement à ce qu'ont dit sur ce point MM. Terrier et Walther. Je dirai cependant que, si les vomissements post-opératoires m'ont paru très retardés, la fréquence a été, chez ces opérés, extrêmement variable et ne m'a pas semblé notablement diminuée par la scopolamine.

En résumé, je considère que la méthode d'anesthésie par le chloroforme après injection de scopolamine et morphine est une méthode paraissant sans danger; elle supprime pour les malades les angoisses qui précèdent le moment de l'opération, elle supprime aussi les réactions qui, chez les sujets nerveux et effrayés, marquent si souvent le début de l'anesthésie ordinaire. Pendant l'opération, elle assure un calme absolu. Après l'opération, elle diminue très sensiblement les souffrances.

M. SEGOND. — Au point de vue des vomissements, mes remarques ne concordent pas avec celles de mon ami Jalaguier. La diminution des vomissements me paraît être, en effet, l'un des principaux avantages de la scopolaminisation. C'est même à cause de cet avantage particulier que, dans mon service, toutes les malades qui doivent prendre le chloroforme demandent à être préalablement scopolaminées.

Communications.

Plaie du cœur.

M. THIÉRY. — Plaie du cœur par balle de revolver. — M. FÉLIZET, rapporteur.

Sur la stérilisation du catgut,

par M. MONOD.

J'ai été, au cours de recherches que je viens de faire sur la stérilisation du catgut, amené à prendre connaissance de deux documents qui me paraissent, en raison de la récente communication de notre collègue M. Legueu sur le sujet, devoir vous être signalés.

Le premier est un article de M. Beslier, paru l'an dernier dans

le *Journal de pharmacie et de chimie* (1) — ayant trait à la stérilisation du catgut par la benzine. — Je renvoie à ce travail pour les détails du procédé. Je ne connais pas assez celui de M. Robert, dont M. Legueu nous a entretenus, pour établir une comparaison entre les deux manières de faire. Le point intéressant est que, dans les deux cas, le catgut est porté à la température nécessaire dans un liquide (benzine), qui ne paraît lui enlever ni sa souplesse, ni sa solidité.

Mon second document vient d'Allemagne et date de 1894. Krönig (de Leipzig) faisait connaître à cette époque un nouveau mode de stérilisation du catgut, par le *cumol* (2).

Le *cumol* ou cumène (j'emprunte ces détails au Dictionnaire de chimie de Wurtz) est un hydrocarbure dont il existe trois variétés : le *cumène de l'acide cuminique* ou *propylbenzine*, qui bout sans altération à 151°4; le *pseudo-cumène* ou *trimethylbenzine*, qui bout entre 165 et 166 degrés; le *mesytilène* qui bout entre 150 et 160 degrés.

Le haut point d'ébullition de ce liquide fait qu'il n'est pas nécessaire comme pour la benzine (qui bout à 85 1/2 ou 86 degrés) de faire l'opération sous pression. Il semble d'autre part qu'à ce degré la stérilisation doive être certaine.

Revenant sur ce sujet dans un travail plus récent (3), Krönig ajoute que pour s'assurer que le liquide a bien atteint la température voulue, il place dans le récipient à côté du catgut un alliage métallique qui ne fond qu'à 160 degrés.

Des brins de catgut ainsi préparés étaient encore, au bout de trois ans, en parfait état de stérilisation.

Le procédé de Krönig n'était pas, je crois, connu en France. Il mérite de l'être, la question de la stérilisation du catgut étant plus que jamais à l'ordre du jour.

M. Rochard fait remarquer qu'il ne suffit pas d'avoir une température très élevée pour stériliser le catgut, car lorsque celui-ci est d'un calibre un peu gros, l'intérieur même du fil peut ne pas être pénétré par la chaleur sèche. Il est en effet dans un liquide qui ne pénètre pas le catgut; et c'est comme si il était stérilisé au Poupinel et dans ce cas il faut surtout de nombreuses heures à une température très élevée pour avoir une quasi-certitude.

(1) Beslier (P.). Stérilisation du catgut par la benzine. *Journal de pharmacie et de chimie*, 1905, 6e série, t. XXI, p. 497.

(2) Krönig (de Leipzig). Ueber Sterilisation des Katgut, *Centralbl. f. Gynäcol.*, 1894, n° 27, p. 650-653.

(3) Du même. Demonstration von fabrikmässig sterilisirten Katgut, *Comm. à la Soc. allem. de gynécologie*, 1901, et *Münch. med. Wochensch.*, 1901, n° 44, p. 1746.

Présentation d'instrument.

Carburateur Granel pour thermocautère.

M. Routier. — L'instrument que j'ai l'honneur de présenter à la Société me paraît être un perfectionnement appréciable des thermo-cautères employés jusqu'ici en chirurgie. C'est un manche carburateur imaginé par le Dr Granel.

Cet instrument présente sur les manches carburateurs déjà connus les avantages suivants : Inexplosibilité absolue; fonctionnement d'une régularité certaine, enfin il ne nécessite aucune manipulation de liquide. Ces avantages résultent du dispositif adopté par notre confrère. Son carburateur se distingue de ses prédécesseurs par deux caractéristiques essentielles : 1° la cartouche; 2° le robinet régulateur.



La cartouche est une sorte d'étui en gélatine; elle est bourrée de fragments de bois de bolandero. Ce bois a un pouvoir absorbant considérable; il absorbe dans ses cellules environ neuf fois son poids de liquide, et ne rend le liquide qu'on lui incorpore que sous forme de vapeurs. Cette cartouche ainsi constituée est absolument inexplosible. La cartouche qui correspond au format de l'appareil que je vous présente peut entretenir l'incandescence d'un couteau ordinaire pendant plus d'une heure. Lorsqu'elle est épuisée on peut facilement la recharger, ou, si on le veut, la remplacer par une cartouche neuve.

Le robinet de réglage a pour effet de mélanger l'air carburé et l'air extérieur dans les proportions désirées, de sorte que l'on peut obtenir à volonté et à coup sûr tous les degrés d'incandescence, depuis le rouge sombre jusqu'au blanc éclairant. Il est placé sous les doigts de l'opérateur, ce qui rend son maniement très facile. Ce robinet est d'une nécessité évidente pour obtenir un bon fonctionnement du thermo-cautère si l'on tient compte de la nature du liquide généralement employé, c'est-à-dire l'essence minérale. En effet, ce produit n'est pas homogène. Lorsqu'il est frais, ses

parties les plus volatiles sont utilisées les premières; elles sont impropres à la carburation si elles ne sont pas mélangées avec de l'air dans des proportions convenables Cela explique le fonctionnement défectueux de l'appareil Paquelin lui-même, en été notamment. Lorsque l'essence a servi quelque temps, le résidu qu'elle laisse ne peut être utilisé, à moins d'obtenir une carburation très riche en diminuant la proportion d'air comburant. Grâce au robinet de réglage, on peut, en donnant plus d'air lorsqu'elle est fraîche, plus de gaz lorsqu'elle commence à s'épuiser, utiliser toute l'essence renfermée dans la cartouche sans que l'appareil cesse de fonctionner d'une façon parfaite.

Je me suis servi de ce nouveau thermo-cautère et l'ai trouvé très supérieur au thermo-cautère de Paquelin que j'ai l'habitude d'employer. La régularité d'incandescence obtenue avec ce nouvel instrument m'a beaucoup frappé; en ouvrant notamment un gros abcès ischio-rectal, pas un instant, bien que plongé au milieu du liquide, le couteau ne s'est éteint.

J'ajoute que le petit volume sous lequel se présente cet instrument aura bien sa valeur auprès des praticiens.

Ce carburateur a encore plusieurs applications : chalumeau, appareils à projections, etc., toutes choses moins intéressantes pour des chirurgiens et que par conséquent je passe sous silence.

M. Demoulin. — Cet appareil est un thermo-cautère à manche carburateur. Ce modèle existe depuis longtemps dans l'arsenal chirurgical.

Je demanderai à M. Routier en quoi l'appareil qui nous est présenté diffère de ceux dont je viens de parler.

M. Routier. — Ce qui caractérise ce perfectionnement, c'est d'une part le réglage du courant d'air et d'autre part l'inexplosibilité due précisément à la propriété spéciale de cette sciure de Bolandero, dont chaque cellule absorbe le liquide et ne le rend que sous forme de vapeur.

La prochaine séance de la Société de Chirurgie aura lieu le 25 avril 1906.

Le Secrétaire annuel,

P. Michaux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 25 AVRIL 1906

Présidence de M. Segond.

Procès-verbal

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

2°. — Des lettres de MM. Broca, Arrou, Beurnier et Poirier qui demandent un congé pendant la durée du concours de Bureau central dont ils sont juges.

3°. — Des lettres de MM. Souligoux et Thiery, qui posent leur candidature à la place de membre titulaire déclarée vacante.

4°. — La lettre suivante de notre éditeur, M. Masson :

Paris, 24 avril 1906.

A Monsieur le Président de la Société de Chirurgie,

Monsieur le Président,

Nous avons le regret de vous informer qu'il nous a été matériellement impossible de faire paraître le Bulletin de la Société portant le n° 14, à la date du 17 avril, et devant contenir le compte rendu de la séance du 11 avril.

La fermeture des imprimeries, par suite de la grève des compositeurs-typographes, des conducteurs de machines et des bro-

cheurs, a fait échouer toutes les tentatives que nous avons faites depuis dix jours pour assurer, soit à Paris, soit en province, la publication de l'organe de votre Société.

Nos efforts continueront à tendre à remédier à cet état de choses, mais étant donnée l'activité des syndicats ouvriers pour empêcher l'impression des publications périodiques en dehors des imprimeries qui en sont habituellement chargées, nous nous trouvons momentanément contraints de faire valoir auprès de vous ce cas de force majeure pour vous faire accepter l'interruption de votre publication.

Nous ferons paraître les numéros en retard dès que les circonstances le permettront.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments dévoués.

MASSON ET Cie

A propos de la correspondance.

M. WALTHER dépose sur le bureau de la Société un travail de M. SILHOL (de Marseille) intitulé : *Appendicite dans une hernie*, travail dont M. WALTHER est nommé rapporteur.

Lecture.

Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver de huit millimètres, plaie de l'estomac et du côlon descendant ; laparotomie, guérison,

par M. E. ESTOR, de Montpellier.

Le 11 février 1906, à six heures du matin, j'ai été appelé à Béziers, auprès d'une jeune fille, âgée de dix-huit ans, qui avait été blessée, entre onze heures et minuit, par trois balles de revolver.

A mon arrivée, à sept heures et demie du matin, j'ai trouvé auprès de la blessée les Drs Lapeyre, Tailhefer, Cavaillé et Crambade, qui m'ont donné les renseignements suivants :

Mes confrères ont examiné Mlle X... vingt minutes environ après l'accident. Ses vêtements étaient largement tachés de sang

au niveau de la face antérieure du thorax ; elle était très pâle, mais non en syncope, répondait très nettement et ne se plaignait d'aucune douleur ; sa température était normale, son pouls régulier et à 80. Ce n'est qu'une heure après l'accident que la blessée a commencé à souffrir du ventre et à se plaindre de tiraillements douloureux accentués par les plus légers mouvements; une gorgée de tisane, absorbée une heure après l'accident, détermina une très vive douleur dans la région épigastrique. A partir de ce moment, l'usage de toute boisson fut interdit.

Après avoir sectionné les vêtements, mes confrères ont constaté que Mlle X... avait reçu trois balles et qu'à chaque orifice d'entrée correspondait un orifice de sortie.

Un premier projectile avait produit une plaie en séton de la partie supérieure gauche du thorax; le trajet situé environ à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule, parallèlement à cet os, présentait une longueur de 10 à 12 centimètres et, vu sa direction et l'absence de symptômes thoraciques, ne paraissait pas avoir intéressé la plèvre et le poumon. Par les orifices d'entrée et de sortie s'écoulait une quantité de sang assez abondante qui avait souillé les vêtements.

Sur la face postérieure de l'épaule gauche, trajet en séton sous-cutané dû à un deuxième projectile ; cette blessure ne paraissait avoir aucune gravité.

Enfin, un troisième projectile dirigé du haut en bas et de droite à gauche avait intéressé l'abdomen. Il avait pénétré au niveau du creux épigastrique, et était sorti dans le flanc gauche. C'était là assurément la blessure la plus inquiétante.

Des grains de poudre incrustés dans la peau au voisinage des orifices d'entrée des projectiles indiquaient que les coups de revolver avaient été tirés presque à bout portant.

Lavage de la peau au niveau des orifices d'entrée et de sortie; pansement à la gaze et au coton stérilisé.

J'examine Mlle X... le 11 février 1906, à sept heures et demie du matin, sept heures environ après l'accident. Son état ne paraît pas très alarmant; la face est pâle mais nullement grippée, la blessée est très calme, elle donne des renseignements très exacts sur ce qu'elle éprouve, la respiration paraît normale. Mlle X... se plaint cependant de douleurs abdominales assez vives, et le pouls à 120 et la température axillaire à 38,5 indiquent clairement un degré assez avancé d'infection péritonéale.

Nous décidons d'intervenir le plus tôt possible.

On injecte avant d'opérer 500 grammes d'eau salée et 0,50 centigrammes de caféine dans le tissu cellulaire sous-cutané. Anes-

thésie à l'éther par le D[r] Lapeyre ; les D[rs] Tailhefer et Cavaillé veulent bien me servir d'aide.

Laparotomie à neuf heures et demie. Incision médiane commençant à l'appendice xiphoïde et se terminant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La paroi abdominale, au voisinage de l'orifice d'entrée du projectile, est infiltrée de sang dans toute son épaisseur, le tissu cellulaire sous-péritonéal en particulier est largement ecchymosé.

Le péritoine une fois ouvert, nous apercevons quelques caillots de sang et presque aussitôt une plaie intéressant le bord antérieur du foie ; cette plaie en forme de gouttière peu profonde ne saigne pas, elle n'est pas suturée.

L'estomac très distendu présente un volume très considérable. Sur sa face antérieure et à peu près exactement sur la ligne médiane nous apercevons une plaie ovalaire dont le grand diamètre est dirigé de haut en bas et de dedans en dehors. Cette plaie, qui mesure environ un centimètre et demi dans sa plus grande dimension, est obstruée par un caillot de sang. Nous ignorons si elle est pénétrante ou non pénétrante et nous nous gardons bien de l'explorer au stylet. Nous la fermons par des points de suture à la Lembert non pénétrants et en ayant soin d'adosser de larges surfaces séreuses. Les vomissements de sang noir très abondants que la blessée a présentés après l'opération nous ont démontré que la plaie de l'estomac était pénétrante et que la distension de cet organe était due à une collection sanguine. La plaie de l'estomac une fois suturée, nous soulevons la paroi abdominale du côté gauche, le trajet du projectile étant situé dans le flanc gauche, et nous percevons aussitôt une crépitation gazeuse nous indiquant une plaie intestinale.

Pour examiner plus aisément le flanc gauche nous faisons tomber sur le tiers inférieur de l'incision médiane une seconde incision transversale perpendiculaire à la première et d'une longueur d'une douzaine de centimètres. Nous trouvons alors presque immédiatement, au niveau du quart supérieur du côlon descendant, une perforation circulaire ayant environ un centimètre et demi de diamètre.

Le segment d'intestin blessé est attiré en dehors, bien isolé sur des compresses et suturé par deux plans de catgut. Cette plaie une fois fermée, nous examinons le gros intestin dans toute sa longueur; il ne présente pas d'autres perforations. Il contient des amas de matières fécales dures qui se déplacent difficilement. La perforation étant située sur une portion vide de l'intestin, à quelques centimètres de ces matières solides, il est probable qu'il n'y a pas eu issue de ces dernières. Nous examinons ensuite métho-

diquement l'intestin grêle sur toute son étendue, il ne présente aucune perforation. La rate est saine.

Suture de la paroi sauf au niveau du point d'intersection des deux incisions où l'on place un drain entouré de gaze.

En somme, la laparotomie nous a permis de constater que le projectile avait intéressé le bord antérieur du foie, la face antérieure de l'estomac et le côlon descendant, et elle nous a permis de réparer les plaies viscérales. Le foie étant superficiellement lésé, la face antérieure de l'estomac avait été frappée tangentiellement et non perpendiculairement à sa surface, la plaie était pénétrante et obturée par un caillot; quant au côlon, il avait été très largement perforé et la plaie donnait issue à une abondante quantité de gaz.

Durée de l'opération, une heure un quart.

Immédiatement après l'opération, l'état de choc s'accentue notablement; le pouls, dont la fréquence s'élève à certains moments à 170 pulsations, est difficilement perceptible.

Dès le réveil, se produit une très abondante hématémèse, la malade rend du sang de couleur très brune. Cette hématémèse se répète fréquemment dans la journée et à trois reprises pendant les journées du lendemain et du surlendemain. Nos confrères de Béziers ont bien voulu me communiquer tous les détails de l'observation exactement notés chaque jour; je me contenterai de donner un résumé des suites opératoires.

L'état est noté très grave, le pouls oscillant entre 130 et 140 et la température axillaire se maintenant au-dessus de 38 jusqu'au troisième jour. Le troisième jour, à onze heures du matin, la malade a commencé à émettre des gaz par l'anus et à partir de ce moment le pouls et la température se sont régulièrement abaissés; mais ce n'est que le sixième jour que le thermomètre est descendu à 37, le pouls restant encore à 120.

Pendant les premiers huit jours, le traitement a consisté en injections sous-cutanées d'eau salée fréquemment répétées et de caféine ou de morphine suivant les indications.

Les plaies thoraciques se sont assez rapidement cicatrisées.

Mlle X... est aujourd'hui complètement guérie.

Décès de M. Paulet.

M. le Président. — Messieurs, j'ai le grand regret de vous annoncer la mort de notre collègue Vincent Paulet. Ancien professeur du Val-de-Grâce, de la Faculté de médecine de Lyon et de Montpellier, membre titulaire de la Société de chirurgie depuis 1848, Vincent Paulet a succédé à notre maître Guyon dans les fonctions de Secrétaire général en 1877. Son honorariat date du 9 juillet 1879.

Ce n'est point l'heure de retracer la vie scientifique si noblement remplie de notre regretté collègue et de rappeler les travaux remarquables que nous lui devons. Je veux seulement, certain d'être, en cela, votre fidèle interprète, dire bien haut l'émotion grande que nous éprouvons tous en adressant aujourd'hui l'adieu suprême à l'éminent collègue que la mort vient de nous ravir.

Sur la proposition du Président, la Société de chirurgie lève la séance en signe de deuil.

Le Secrétaire annuel,

P. Michaux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 2 MAI 1906

Présidence de M. SEGOND.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Une lettre de M. HENNEQUIN, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la Correspondance.

M. TUFFIER dépose sur le bureau de la Société, au nom du professeur KALLIONZIS (d'Athènes), le 1er volume de son ouvrage intitulé : « *Leçons de clinique chirurgicale* », *professées à l'hôpital* « *l'Espérance* » *d'Athènes*.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. KALLIONZIS au nom de la Société.

Rapport.

Incontinence nocturne d'urine avec polyurie et pollakiurie coïncidant avec une double malformation urétrale (hypospadias balanique et rétrécissement congénital de l'urètre dans la portion bulbaire), par M. Rouvillois, répétiteur à l'École du service de santé militaire.

Rapport par M. BAZY.

Depuis que j'ai commencé à étudier les rétrécissements congénitaux de l'urètre et aussi depuis la thèse de mon interne Foisy, les cas de rétrécissement congénital de l'urètre se sont multipliés. J'ai eu, à plusieurs reprises, l'occasion d'attirer l'attention sur ce point grâce à des observations personnelles et à d'autres envoyées par des chirurgiens examinant bien leurs malades.

J'ai signalé, comme un des symptômes possibles du rétrécissement congénital, l'incontinence d'urine nocturne : et j'ai montré que l'existence de cette infirmité devait faire penser au rétrécissement congénital.

C'est, en effet, ce symptôme qui a attiré l'attention du docteur Rouvillois sur la possibilité d'un rétrécissement congénital chez le malade qui fait le sujet de son observation, et il l'a en effet trouvé.

Je vais résumer l'observation du docteur Rouvillois. Elle se rapporte à un soldat de 23 ans, issu de parents nerveux, qui a eu de l'incontinence nocturne d'urine depuis son enfance, de même qu'il affirme avoir toujours uriné souvent et beaucoup. De plus, les besoins ont toujours été impérieux, et la miction se serait faite avec un certain effort.

Il aurait, au moment de sa naissance, passé deux jours sans uriner, et l'établissement de la miction aurait nécessité une petite intervention.

Il a été ajourné au service militaire une première fois pour faiblesse de constitution et serait lui-même très nerveux, présentant parfois une sorte de tremblement généralisé. C'est, du reste, un garçon d'apparence chétive et présentant presque l'aspect d'un dégénéré. C'est donc un prédisposé à l'incontinence nocturne.

Cette incontinence se répète toutes les nuits ; elle n'existe pas dans le jour, où les mictions sont fréquentes (environ 15), mais non douloureuses.

Il y a aussi polyurie : car la quantité d'urine est de 300 à 350 grammes à chaque miction, de sorte qu'on arrive au chiffre de 4 à 5 litres émis dans le jour, sans compter *l'urine* de la nuit.

Il y a, du reste, une hyperchlorurie assez marquée, le dosage des chlorures montrant une élimination moyenne de 30 à 35 grammes par jour.

L'examen du sujet montre un hypospadias balanique avec méat étroit n'admettant qu'avec peine la boule n° 16 filière Charrière; celle-ci donne une sensation de ressaut très prononcée à 12 centim. 1/2 du méat; le n° 12 même donne une sensation très nette de ressaut.

Par le toucher rectal, on confirme que la boule est arrêtée en plein périnée, dans la région bulbaire.

Le canal paraît un peu hyperesthésié.

Pas d'intolérance de la vessie qui admet plus de 300 grammes d'urine.

Rien du côté des reins.

M. Rouvillois s'appuie pour justifier le diagnostic de rétrécissement bulbaire congénital, sur :

1° La coïncidence de la malformation balanique (hypospadias);

2° Sur l'absence de tout antécédent blennorragique ou traumatique;

3° Sur l'existence, au moment de la naissance, d'une rétention d'urine qui aurait nécessité une intervention;

4° Sur le fait que les mictions se sont toujours faites avec effort.

M. Rouvillois montre la différence qui existe, au point de vue pathogénique, entre les deux malformations de l'urètre chez son malade.

Pour l'hypospadias, il admet un arrêt de développement de la gouttière uro-génitale.

Pour le rétrécissement bulbaire, il accepte la théorie que j'ai développée ici, de la persistance de la membrane cloacale. Les deux malformations étant liées à une cause générale constante chez les générateurs, qui paraissent être, dans l'espèce, des nerveux ou des alcooliques, des dégénérés comme l'est le sujet de l'observation lui-même.

Notre confrère, en terminant les réflexions qui accompagnent son observation, insiste non seulement sur l'incontinence, qu'il n'hésite pas à rattacher en très grande partie à la malformation urétrale, mais aussi par la polyurie et la pollakiurie avec hyperchlorurie.

Il pense que l'hyperchlorurie pourrait être, si on s'en rapporte aux observations de Carel (th. de Lyon, 1905), suffisante pour expliquer l'incontinence. Toutefois, les lésions anatomiques et l'état nerveux particulier du sujet lui paraissent les plus importants.

La polyurie et la pollakiurie pourraient, chez ce malade, être symptomatiques de lésions rénales. Ce n'est pas impunément, en effet, que la vessie est soumise à un travail exagéré pendant de nombreuses années. La dilatation, en amont, des uretères et des

bassinets pourrait bien être la conséquence de l'obstacle siégeant dans l'urètre.

J'ai autrefois opéré d'un phimosis un Espagnol âgé de 28 ans. L'orifice du prépuce était si étroit que l'urine ne pouvait s'écouler que goutte à goutte. Or ce jeune homme avait un aspect tout à fait cachectique, comme le donne la néphrite chronique. Ce qui m'a prouvé que cette apparence était bien due à cette malformation et aux lésions ascendantes, c'est qu'il a repris toutes les apparences de la santé quand il a pu uriner librement.

M. Rouvillois insiste en terminant sur la nécessité d'explorer l'urètre chez tous les individus présentant de l'incontinence nocturne d'urine. L'existence d'une malformation urétrale superficielle ou profonde permet d'éliminer la simulation qui pourrait être assez fréquente.

Je résumerai ce rapport en disant :

Voilà un nouveau cas de rétrécissement congénital de l'urètre s'accompagnant d'incontinence nocturne d'urine chez un individu dont les générateurs paraissent présenter une tare nerveuse.

En terminant, je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Rouvillois pour son intéressant travail et de nous souvenir de son nom quand nous aurons à élire des correspondants nationaux.

Communications

Anévrysme de l'artère axillaire, consécutif à un coup de feu,

par M. LOISON.

Le fait que je vais avoir l'honneur de vous relater me paraît présenter un certain intérêt en lui-même et pouvoir fournir sa part de contribution à l'étude des blessures des gros vaisseaux par les projectiles de petit calibre.

Observation. — L..., âgé de 27 ans, sous-officier au 3e de ligne, à Marseille, se tire, le 25 avril 1905, à midi, un coup de revolver d'ordonnance, modèle 1892, au côté gauche de la poitrine. Il tenait l'arme des deux mains, les bras relevés horizontalement, et appuya le bout du canon sur ses effets.

Le coup parti, il tomba, ne perdit pas connaissance, put se relever aussitôt et appela au secours.

Porté à l'infirmerie, on lave les plaies d'entrée et de sortie du projectile, et on les obture avec de l'ouate et du collodion. Le blessé fut amené en voiture d'ambulance à l'hôpital militaire, où il entra vers deux heures et demie. J'arrive auprès de lui, vers trois heures. Il a

perdu beaucoup de sang, est pâle, mais a toute sa connaissance. Le pouls est faible du côté droit, et du côté gauche on le devine plutôt qu'on ne le sent à la radiale.

L'orifice d'entrée du projectile se trouve à quatre centimètres au-dessous du bord inférieur de la clavicule gauche, un peu en dehors du milieu de cet os, en regard du sillon deltoïdo-pectoral; il est circulaire, de huit millimètres de diamètre environ, à bords taillés à pic, et entouré d'une collerette de cinq à six millimètres de largeur, au niveau de laquelle l'épiderme est enlevé.

L'orifice de sortie répond au bord spinal de l'omoplate et à six centimètres environ au-dessus de l'angle inférieur de l'os ; il se présente sous la forme d'une fente verticale, de huit millimètres de hauteur, légèrement fissurée sur l'un de ses bords ; un peu de tissu cellulaire éversé fait saillie entre les lèvres de la plaie.

L'omoplate est intacte, s'étant trouvée relevée et écartée en dehors, par suite de la position des bras, au moment où le coup fut tiré.

Le trajet du projectile se dirige d'avant en arrière, légèrement de dehors en dedans, et un peu de bas en haut; l'orifice de sortie se trouve approximativement à deux centimètres plus en dedans et à quatre centimètres plus haut que l'orifice d'entrée.

Les plaies saignent à peine, mais la région sous-claviculaire est légèrement effacé.

La palpation de la zone tuméfiée montre qu'elle n'est ni très dure ni très tendue ; on ne perçoit pas de battements et on n'a pas la sensation de crépitation sanguine ou emphysémateuse.

Le blessé n'a pas craché de sang et ne tousse pas. La percussion de la poitrine en avant et en arrière n'indique pas de matité, et l'auscultation ne révèle aucun bruit anormal.

Le sujet accuse des fourmillements dans l'avant-bras et la main ; il fléchit le poignet et les doigts, étend les phalanges terminales, mais ne peut relever les premières. La sensibilité paraît diminuée sur l'auriculaire, tandis qu'il existe de l'hyperesthésie au niveau de l'éminence thénar.

On refait le pansement après avoir pratiqué une injection d'éther et de caféine et de 500 grammes de sérum artificiel.

Vers sept heures du soir, la pâleur de la face a disparu; l'avant-bras et la main gauche, qui étaient un peu froids, ont repris la même chaleur que du côté droit. On ne sent toujours pas le pouls radial gauche.

La peau est moite; pas de fièvre; pas de toux, ni de crachement de sang, pas de dyspnée.

26 *avril*. — La nuit a été calme, et une injection de morphine a produit un peu de sommeil.

Le blessé se plaint de douleurs excruciantes au niveau de la partie inférieure du bras gauche et de fourmillements dans l'avant-bras et la main.

Le pansement n'étant pas traversé, on n'y touche pas.

La tuméfaction de la région sous-claviculaire ne semble pas avoir augmenté. Pas de dyspnée, ni de toux, pas de fièvre.

Le poignet est tombant et ne peut être relevé, non plus que les premières phalanges des doigts. Le sujet ne peut incliner la main sur le bord radial, mais il l'incline partiellement sur le bord cubital, en contractant le cubital antérieur dont on sent le tendon se soulever. Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont intacts.

La sensibilité est émoussée au niveau du petit doigt et de l'éminence hypothénar; l'hyperesthésie persiste dans la région thénar. La sensibilité semble conservée dans le domaine du radial; elle est normale dans celui du musculo-cutané et du brachial cutané interne.

27 *avril.* — La journée d'hier a été bonne, ainsi que la nuit, grâce à deux injections de morphine.

Il n'y a pas la moindre élévation thermique et il en sera ainsi pendant toute l'évolution de la blessure.

Le pouls radial gauche est nettement perceptible ce matin; ses battements sont synchrones à celui de droite, mais moins forts.

Même état de la motilité et de la sensibilité.

Hier au soir, le blessé a toussé et craché un peu de sang; ce matin, les crachats restent sanguinolents, mais peu abondants. Rien d'anormal à l'examen du poumon. Le pansement n'est pas traversé.

28 *avril.* — Pouls régulier à 80; le pouls radial gauche est aussi fort que le droit.

Les douleurs dans le membre supérieur gauche persistent, ainsi que les fourmillements. N'a plus craché de sang.

1er *mai.* — Se trouve bien. La paralysie persiste avec les mêmes caractères. On fait le pansement. Les plaies se ferment; l'infiltration de l'aisselle a diminué, mais la peau de la région axillaire présente une teinte ecchymotique noirâtre. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne montrent rien d'anormal.

16 *mai.* — Les douleurs qui existaient antérieurement dans le coude et l'avant-bras avaient disparu depuis plusieurs jours, lorsque hier dans la soirée, il a éprouvé au niveau du poignet une sensation de constriction comme par un étau, et des fourmillements dans les doigts. Il n'a pu dormir la nuit et se plaint encore ce matin.

Le pouls radial gauche est très faible et ne paraît pas battre d'une façon synchrone avec le droit. La chaleur de la main est conservée; pas d'œdème; pas de changement de coloration de la peau.

Il existe un léger soulèvement de la région deltoïdo-pectorale. L'orifice d'entrée est complètement cicatrisé; à son niveau on voit et on sent des battements nets et prononcés; à l'auscultation on perçoit un souffle râpeux systolique.

La chute du poignet et des doigts persiste. Les mouvements de flexion du coude se font bien; l'extension est gênée, par la contrac-

ture du biceps, que l'on ne peut vaincre que lentement et en provoquant de vives douleurs. Par suite de la rétraction cicatricielle des pectoraux, on éprouve quelque gêne à amener le bras à l'horizontale ; mais on y arrive. Il existe une certaine atrophie du deltoïde et des autres muscles du membre supérieur. La sensibilité dans le domaine du radial et du cubital, au niveau de la main et des doigts est abolie. Pas d'anesthésie du moignon de l'épaule.

22 *mai*. — Les douleurs sont un peu moins vives et n'empêchent plus le sommeil; le malade passait les nuits précédentes dans un fauteuil. Léger œdème de la main, depuis deux ou trois jours. L'anévrysme n'a pas augmenté de volume. On continue un léger massage quotidien du membre, et la mobilisation des articulations.

2 *juin*. — L'œdème de la main et de l'avant-bras est un peu moins prononcé. Les doigts restent engourdis; les douleurs ont cessé.

L'expansion et les battements de la poche anévrysmale sont moins forts; mais le souffle persiste avec les mêmes caractères et la même intensité.

10 *juin*. — Les fourmillements sont remplacés par des douleurs constrictives siégeant à la main et au poignet. La chute des doigts et du poignet persiste; les radiaux et le long supinateur sont également paralysés. Le triceps brachial semble inerte, par suite de la contracture du biceps. Le deltoïde atrophié ne semble se contracter que dans ses deux portions antérieures. Le pouls radial est perceptible, mais très faible. Il semble que l'anévrysme bat et souffle moins.

10 *juillet*. — La région pectorale s'est notablement assouplie. L'anévrysme reste stationnaire; le pouls radial est toujours très faible. Même état de la paralysie.

13 *juillet*. — Assisté par notre excellent collègue et ami, le médecin-major Sieur, de passage à Marseille, nous procédons à l'opération, dans le but de traiter l'anévrysme et de suturer au besoin les nerfs sectionnés.

Chloroformisation, incision verticale passant par l'orifice d'entrée et le pli de l'aisselle. Ayant besoin de jour, au lieu de suivre l'interstice deltoïdo-pectoral, nous sectionnons les fibres du muscle grand pectoral, perpendiculairemont à leur direction, puis l'aponévrose clavi-pectorale. Nous tombons alors sur la poche anévrysmale recouverte de feuillets fibreux lardacés; nous la décapons par dédolements successifs et arrivons sur sa surface antérieure bleuâtre et bosselée. Cette paroi antérieure est recouverte par les deux branches de la fourche du médium qui lui adhèrent intimement et se réunissent, pour former le tronc du médium, vers la partie moyenne de la tumeur. Avec précautions et en utilisant le détache-tendon, nous finissons par isoler le médium et ses branches d'origine, puis nous tentons de récliner ces troncs nerveux d'un côté ou de l'autre, sans pouvoir y parvenir. Le tronc nerveux externe du plexus brachial qui fournit la branche

externe du médian et le musculo-cutané est très net, au-dessus de de l'anévrysme, tandis qu'au niveau de sa division, il est, comme la branche externe du médian et le musculo-cutané, étalé sur la poche. Ces nerfs aplatis ont pris un aspect rubané; ils sont ternes, rouges, mais ne présentent pas de solution de continuité.

En cherchant à dégager la poche en dedans, nous ouvrons une branche collatérale artérielle qui semble être l'acromio-thoracique; nous plaçons un fil de soie sur son origine. Le dégagement en dehors et en bas peut se poursuivre assez loin avec le doigt qui contourne la poche et l'énuclée partiellement de l'espace scapulo-thoracique où elle plonge par une saillie postérieure très accentuée. En haut et en dehors le travail est moins facile, et une branche veineuse, peut-être l'axillaire interne peu développée, se trouve ouverte; le sang coule abondamment, et comme le vaisseau est encerclé par du tissu cicatriciel, les pinces le déchirent encore davantage. L'hémostase est obtenue par compression avec un tampon.

Nous constatons que l'anévrysme siège nettement sur l'artère axillaire et non sur une de ses collatérales. Craignant la rupture de la poche pendant ces manœuvres de dégagement, nous découvrons le tronc de l'axillaire au-dessus de la tumeur, près de la clavicule, et plaçons sous le vaissau un gros fil de soie d'attente. Nous reprenons alors les tentatives d'isolement du sac en dedans, en utilisant le doigt et en sectionnant de temps en temps des tractus fibreux résistants. Etant gêné par la fourche du médian, craignant d'autre part de déchirer le gros tronc veineux axillaire interne et les nombreuses collatérales artérielles qui partent du sac et qu'il est difficile de reconnaître au milieu des travées de tissu fibreux cicatriciel, nous renonçons à poursuivre l'extirpation du sac; malheureusement, il nous est complètement impossible, de ce fait, de contrôler l'état des troncs nerveux radial et cubital, inclus dans la gangue fibreuse, en arrière de la poche.

Nous prolongeons notre incision en bas, empiétant un peu sur le bras, dénudons l'artère humérale, au-dessous de la partie dilatée et y plaçons deux fils distants d'un centimètre environ, à peu près au point de jonction de l'axillaire et de l'humérale; nous serrons ensuite le fil d'attente posé sur la partie supérieure de l'axillaire et constatons immédiatement que la poche ne bat plus.

Nous avions en ce moment l'intention de sectionner l'artère en bas, entre les deux ligatures placées à cet effet, puis de rabattre la tumeur progressivement vers le haut, en dégageant ses faces profonde et interne; mais auparavant nous tentons encore d'isoler l'anévrysme en dedans et n'obtenons rien.

L'opération durant déjà depuis plus d'une heure et craignant de ne pouvoir mener à bien cette extirpation de toute la longueur de l'axillaire, nous y renonçons.

Nous laissons une compresse en gaze formant tampon, au contact de la blessure de la veine axillaire externe, plaçons un gros drain en caoutchouc, en avant de la poche, faisant ressortir drain et compresse par la base de l'aisselle, et suturons la plaie.

Un surjet au catgut nous sert à rapprocher les deux fragments du muscle grand pectoral, sans nous occuper du petit pectoral. Crins cutanés. Pansement ouaté épais immobilisant le bras contre le tronc.

Le pouls radial, qui était perceptible, quoique faible, avant les ligatures de l'axillaire, disparut complètement aussitôt que les fils furent serrés. La main conserva, après les ligatures, sa coloration et sa chaleur.

14 *juillet.* — Ni fièvre, ni douleur.

18 *juillet.* — Le blessé reste apyrétique. Le pouls radial n'est pas perceptible; la main est chaude et colorée; pas de fourmillements dans les doigts. La chute du poignet persiste; la sensibilité du dos de la main semble également absente.

On défait le pansement : on enlève les crins cutanés, on retire le drain et la mèche axillaires. Le canal du drain contient un peu de liquide d'aspect louche; dans le pansement il n'y a que du sang desséché qui l'imbibe.

On remet, par l'orifice de drainage, une petite mèche allant profondément, et on refixe le bras contre le tronc, au moyen du pansement.

19 *juillet.* — La chute du poignet persiste, ainsi que l'anesthésie de la main dans le domaine du radial et un peu du cubital.

Le pansement est refait, la plaie ne présente pas de réaction inflammatoire, et n'a laissé écouler qu'un peu de sérosité.

22 *juillet.* — On supprime le drainage et panse à plat. On ne perçoit plus les battements, ni le souffle de l'anévrysme; le pouls radial ne se sent pas. Les phénomènes paralytiqnes persistent.

Dans le courant du mois d'août le blessé quitte l'hôpital sur sa demande, pour aller en convalescence.

État au 14 janvier 1906. — Le sujet, de passage à Versailles, vient se présenter à notre examen.

La cicatrice cutanée n'est pas adhérente et la réunion du muscle grand pectoral s'est faite d'une façon parfaite.

Au niveau de la région sous-claviculaire, on ne constate ni tuméfaction ni battements; pas de soufle à l'auscultation.

On ne perçoit pas d'une façon nette les battements de l'artère radiale. La main gauche est légèrement bleuâtre, mais chaude et sans troubles trophiques.

Le grand pectoral n'est pas atrophié; les muscles scapulaires ne le sont pas non plus; le deltoïde l'est un peu; les muscles du bras et de l'avant-bras le sont davantage. Le bras gauche, à sa partie moyenne, présente une atrophie circonférentielle de 35 millimètres par rapport au droit, et l'avant-bras gauche, à 10 centimètres au-dessus de l'épicondyle, a une différence de circonférence de 4 centimètres en moins que le droit.

Les muscles de la paume de la main sont fortement atrophiés, surtout au niveau de l'éminence hypothénar.

L'élévation du bras vers l'horizontale ne dépasse pas 45 degrés ; elle semble limitée surtout par une bride cutanée que l'on sent dans l'aisselle.

La flexion et l'extension du coude se font dans des limites sensiblement normales, mais le mouvement de supination de l'avant-bras est très réduit. Il y a chute permanente du poignet. Les premières phalanges des doigts sont fixées en extension ; les phalanges terminales sont mobiles ; les mouvements du pouce sont à peu près intacts.

Notre excellent confrère, le docteur Darcourt, de Marseille, a électrisé le malade, pendant les mois de septembre et d'octobre 1905, et a constaté à cette époque de la réaction de dégénérescence du groupe des muscles extenseurs du poignet et des doigts. Ne l'ayant plus revu, depuis cette époque, il n'a pu nous fournir des renseignements plus précis.

Cette observation me semble pouvoir donner lieu à quelques considérations d'ordre particulier et d'ordre général, que je vais exposer aussi succinctement que possible.

1° Considérations d'ordre particulier

Le diagnostic primitif des lésions, leur évolution et leur traitement vont nous arrêter spécialement.

Diagnostic. — Lorsque je fus appelé auprès du blessé, je cherchai immédiatement à élucider deux points principaux : y avait-il lésion pleuro-pulmonaire? quels étaient les dégâts du côté du paquet vasculo-nerveux de l'aisselle?

En replaçant le bras dans la position d'élévation jusqu'à l'horizontale qu'il occupait au moment du tir, et en réunissant par une ligne idéale l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie, j'acquis immédiatement la conviction que le trajet devait être tangent à la cage thoracique et que cette dernière n'avait subi aucune effraction.

L'absence de dyspnée, de toux, de crachats sanguinolents et l'auscultation négative du poumon vinrent confirmer cette prévision, et la suite de l'évolution de la blessure démontra son exactitude.

Restait à examiner l'état du faisceau vasculo-nerveux.

Immédiatement après l'accident, il y avait eu une perte de sang appréciable par les orifices d'entrée et de sortie, mais à l'arrivée à l'hôpital, rien ne coulait plus à l'extérieur.

Y avait-il hémorragie interstitielle? Le soulèvement de la région sous-claviculaire semblait répondre affirmativement. Il s'agissait de savoir quelles en étaient l'importance et l'origine.

La palpation ne décelait aucun battement au niveau de la région tuméfiée, on n'y entendait pas de souffle et on n'y percevait pas de crépitation sanguine. Toutefois le pouls radial gauche était à peine sensible, ce qui indiquait la section incomplète de l'artère axillaire, ou sa compression par le sang infiltré provenant d'une collatérale.

Les troubles observés du côté de la sensibilité et de la motilité éveillaient également l'idée de lésion des troncs nerveux : commotion, contusion ou section?

Me trouvant dans l'impossibilité de préciser l'état exact des lésions vasculaires et nerveuses, et rien n'indiquant la nécessité d'une intervention immédiate, je me décidai pour l'expectation.

Evolution. — L'évolution de la blessure fut complètement aseptique.

Le troisième jour après l'accident, le pouls radial gauche était nettement perceptible, et le lendemain il était aussi fort que le droit; ce retour de la circulation artérielle semblait prêcher en faveur d'une compression primitive de l'artère axillaire, par le sang infiltré autour d'elle.

Les phénomènes nerveux sensitifs étaient tant soit peu variables suivant les jours, mais la paralysie des muscles extenseurs du poignet et des doigts persistait. Cependant rien encore ne permettait d'affirmer la section plutôt que la contusion des troncs nerveux.

Ce n'est que vers le vingtième jour que se manifestent des phénomènes nouveaux qui viennent préciser la situation. Un anévrysme artériel existe; il a dû se produire assez brusquement, ou augmenter rapidement de volume, à en juger d'après les douleurs et les fourmillements à la périphérie du membre, ressentis brusquement par le blessé dans la soirée du 15 mai. A ce moment, le pouls radial gauche faiblit à nouveau et ne semble plus battre d'une façon synchrone avec le droit.

Certains des phénomènes nerveux actuels sont peut-être dus à la compression par la poche anévrysmale; mais la persistance des troubles paralytiques semble devoir être attribuée à la section incomplète de certains des troncs du plexus brachial. Le radial, par exemple, a conservé son action sur les muscles postérieurs du bras, tandis que les muscles postérieurs et externes de l'avant-bras sont inertes; son tronc est donc incomplètement atteint. Il en est de même du cubital, puisque le muscle cubital antérieur se contracte, alors que les muscles de la main auxquels il se distribue, les interosseux entre autres restent inactifs.

En juin, l'anévrysme semble régresser, et nous en concluons qu'il est préférable d'attendre pour intervenir, pensant surtout qu'avec le temps, les tissus de la région reprendront en partie leur aspect normal, lorsque le sang infiltré sera complètement résorbé, et qu'il sera alors plus facile d'isoler les différents nerfs et de reconnaître l'état exact de leurs lésions. D'autre part, leur section, si elle existait, étant sûrement incomplète, nous escomptions toujours la régénération possible des portions interrompues, la continuité du tronc se trouvant assurée par les fibres intactes qui serviraient de conducteur aux bourgeons nerveux.

Traitement. — Le 10 juillet, soit deux mois et demi après le coup de feu, l'anévrysme restant stationnaire, les phénomènes nerveux ne paraissant pas s'amender et surtout le blessé perdant patience, nous pratiquons l'intervention que nous avons décrite. Nous espérions pou-

voir extirper la poche anévrysmale et faire au besoin une suture nerveuse.

Le programme que nous nous étions tracé n'a pu être rempli intégralement, mais nous avons du moins obtenu la disparition de l'anévrysme, dont la guérison était confirmée six mois plus tard.

Rien n'indique que la régénération nerveuse ne se fera pas avec le temps et que, plus tard, la motilité pourra reparaître dans les muscles actuellement paralysés. Nous avons laissé au sujet une faible lueur d'espoir, et lui avons conseillé d'entretenir ses muscles en état, par le massage, l'électrisation et les mouvements passifs, pour qu'ils puissent répondre à l'excitation nerveuse, le jour où elle reparaîtrait.

Envisageons exclusivement l'anévrysme et voyons quels sont les différents traitements dont il était justiciable, ou plutôt bornons-nous à dire quelques mots des avantages respectifs de la ligature et de l'extirpation, et empruntons, pour ce faire, des arguments au travail de M. Delbet (1).

Les guérisons données par l'extirpation sont plus complètes que celles obtenues par la ligature. L'extirpation fournit une guérison certaine, durable et complète, parce que les troubles d'origine nerveuse sont supprimés; en un mot la cure est radicale, dit M. Delbet. La ligature laisse le malade en danger de récidive et laisse persister les troubles nerveux.

Nous sommes d'autant plus d'accord avec M. Delbet, que nous avions l'intention de pratiquer l'extirpation; mais elle nous a semblé non pas impossible, mais certainement dangereuse; et c'est la crainte de nuire à notre opéré, en supprimant toute la longueur de l'artère axillaire et en risquant de déchirer la grosse veine axillaire interne fusionnée avec le sac, qui nous a arrêtés. Nous n'ignorons pas que ces deux contingences ne constituent pas des contre-indications absolues à l'extirpation, et que leur réalisation ne compromet pas fatalement la vitalité du membre. Cependant nous croyons avoir agi sagement, en adoptant, dans la circonstance, la solution pratique et timide, plutôt que la solution élégante et radicale.

Notre opéré est guéri depuis six mois de son anévrysme; les troubles nerveux persistent, mais l'extirpation eût-elle permis d'assurer leur disparition? Nous n'en savons rien, toutefois nous ne le croyons pas.

Une disposition anatomique spéciale à la région nous a particulièrement gêné; c'est la présence de la fourche du médian, à cheval sur le milieu de la tumeur et impossible à récliner à droite ou à gauche. Nous aurions pu, il est vrai, ouvrir la poche, enlever les caillots, et en supprimant ainsi cette sorte de chevalet soulevant les troncs nerveux, l'extirpation de la coque eût été facilitée. Mais nous aurions peut-être eu pas mal de difficultés à enlever ce sac à parois très minces, envoyant des diverticules entre les différents troncs nerveux, et pour effectuer la ligature de certaines collatérales, à une grande profondeur, le travail eût été incommode. Il ne faut pas oublier que, dans notre

(1) *Revue de chirurgie*, 1888, t. 8, p. 817.

cas, l'emploi de la bande d'Esmarch était impossible et que la circulation était rétablie par ces collatérales.

2° CONSIDÉRATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Cette observation de blessure artérielle par un projectile d'arme de guerre de petit calibre, nous engage à envisager brièvement la question des blessures des artères dans les guerres récentes. Nous demanderons les renseignements nécessaires aux chirurgiens qui ont assisté à la guerre anglo-boer et à la guerre russo-japonaise.

Küttner (1), qui a observé au Transvaal, estime qu'en exceptant les blessures du crâne, la plupart des morts sur le champ de bataille, à la suite de coups de feu de petit calibre, sont dues aux hémorragies internes.

Les hémorragies externes primaires sont rares, et ne deviennent directement menaçantes que lorsqu'un gros tronc vasculaire est atteint, et même dans les cas de blessure d'un tronc important et superficiellement situé, comme la carotide primitive, ou la fémorale au-dessus du ligament de Poupart, l'hémorragie peut ne pas être mortelle, par suite de la petitesse des plaies cutanées et du faible diamètre du trajet creusé par la balle dans la paroi du vaisseau. Il en est de même, à plus forte raison, lorsque le vaisseau est profondément situé au milieu des parties molles.

Ces données ne s'appliquent naturellement qu'aux lésions causées par les balles non déformées et frappant les tissus par leur pointe.

Les hémorragies secondaires sont également l'exception, le foyer traumatique étant moins sujet à s'infecter, par suite de l'étroitesse des orifices cutanés et des trajets intra-musculaires qui s'oblitèrent rapidement.

Au début de l'emploi des projectiles de petit calibre, on pensait que la rareté des hémorragies provenait de ce que les vaisseaux n'étaient pas blessés, mais étaient écartés par la balle. Depuis on a reconnu que cette opinion, basée sur les résultats fournis par les tirs expérimentaux sur le cadavre, était complètement fausse. Le vaisseau rencontré est perforé, ou encoché, mais l'ouverture faite à sa paroi est de faible dimension ; l'hémorragie primitive manque, l'hémorragie secondaire est rare, et l'anévrysme consécutif vient seul témoigner de l'existence de la lésion vasculaire antécédente.

Tandis que dans les guerres antérieures les hémorragies étaient fréquentes et les anévrysmes rares, le rapport est inversé dans les guerres actuelles.

Hildebrandt (2), Makins (3) et les autres chirurgiens qui ont assisté à la guerre sud-africaine émettent des opinions semblables.

Bornhaupt (4), dans son étude sur les blessures des vaisseaux, pen-

(1) *Beiträge z. klin. Chirurgie*, t. XXVIII, f. 3.
(2) *Archiv f. klin. Chirurgie*, t. LXV.
(3) *British med. Journal*, 1900.
(4) *Archiv f. klin. Chirurgie*, 1905, t. LXXVII, p. 590.

dant la guerre russo-japonaise, fait les mêmes constatations. Schaefer (1) et von Œttingen (2), observant sur le même théâtre, insistent également sur ce point.

Faut-il, en conséquence, comme par le passé, découvrir immédiatement l'artère et en pratiquer la ligature lorsque sa lésion est probable?

Zoege von Manteuffel, au dire de Bornhaupt, conseille de lier ou de suturer le vaisseau blessé sur le champ de bataille, de façon à mettre le patient à l'abri des hémorragies secondaires pendant le transport et à le garantir contre le développement possible d'un anévrysme.

Bornhaupt ne se range pas à cet avis : il estime que pour prévenir les hémorragies secondaires et jusqu'à un certain point l'anévrysme, il est préférable de faire un pansement propre et de bien immobiliser le membre, plutôt que de pratiquer la ligature des vaisseaux.

Sur vingt-deux cas de blessures des gros vaisseaux qu'il eut l'occasion d'observer à Kharbin, dans un hôpital de l'arrière, il y eut trois fois des hémorragies secondaires dues à l'infection de la plaie, huit fois il s'était développé un anévrysme artériel et onze fois des anévrysmes artérioso-veineux.

Il rapporte un cas très intéressant d'anévrysme de l'artère axillaire, opéré et guéri.

Il s'agissait d'un homme blessé le 28 septembre 1904, qui fut opéré le 10 novembre. Le sac adhérait par un tissu cicatriciel solide aux nerfs médian et cubital, que l'on isola; les veines étaient libres. La poche fut extirpée, après ligature de l'artère axillaire au-dessus et au-dessous d'elle. L'examen de la pièce montra sur chacune des parois antérieure et postérieure de l'artère l'existence d'un petit sac, du volume d'une cerise, isolé des tissus voisins par une paroi épaisse. Après avoir fendu longitudinalement l'artère, on constata que chaque sac communiquait avec l'intérieur du vaisseau par un trou percé dans la paroi artérielle, chacun des trous étant séparé de l'autre par une bande intacte de paroi; les trous résultaient du passage de la balle.

Les symptômes de l'anévrysme peuvent être immédiats; ils peuvent être masqués au début par une infiltration abondante de sang dans les parties molles, ou bien ils se montrent subitement, au bout de quelques semaines.

L'anévrysme artériel peut ne pas provoquer de douleurs; il peut guérir spontanément.

C'est pourquoi dans toute blessure vasculaire qui ne saigne pas beaucoup, il faut appliquer le traitement conservateur.

Au bout d'un mois ou six semaines, quand le trajet de la balle est cicatrisé, on se trouve dans de meilleures conditions pour intervenir que sur le champ de bataille. Sur les huit cas d'anévrysmes artériels observés par Bornhaupt, trois guérirent spontanément et cinq après extirpation du sac.

(1) *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1905, n° 34.
(2) *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1906, p. 318.

De l'étude des travaux des différents chirurgiens susnommés, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Les blessures des vaisseaux par les projectiles des fusils de guerre modernes ne nécessitent aucune intervention opératoire sur le champ de bataille, à moins d'hémorragie profuse par le canal de la plaie;

2° L'application d'un premier pansement aseptique, et particulièrement l'immobilisation pendant le transport, combattent la prédisposition à la formation d'un anévrysme ; ces moyens protègent la plaie contre l'extension de l'infection et préviennent l'hémorragie secondaire ;

3° L'extirpation des anévrysmes, quatre semaines environ après le traumatisme, lorsque le trajet fait par le projectile est cicatrisé, en opérant sous une asepsie stricte, garantit d'une façon certaine la guérison radicale.

Un procédé de Radiothérapie permettant d'éviter la dermite

par M. BAZY.

Je viens au nom de MM. les docteurs Krouchkoll, chargé du service de radiologie à Beaujon, et Laubry, mon chef de laboratoire, vous présenter une note sur un procédé de radiothérapie permettant d'éviter la dermite si fréquente et pour ainsi dire constante dans les cas analogues à ceux que je vous signale :

Je n'ai été, dans le cas auquel il est fait allusion ici, que le metteur en scène en quelque sorte. En effet, la malade qui a été traitée par ce procédé m'avait été adressée pour une suppuration rénale que pouvaient expliquer des crises violentes de colique néphrétique avec émission d'urines troubles pouvant en imposer pour une pyonéphrose avec rétention intermittente. En réalité, il s'agissait d'une rate énorme débordant la ligne médiane à droite et descendant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le procédé consiste à filtrer les rayons à travers une couche épaisse de 4 à 5 centimètres de coton. A cet effet l'ampoule productrice des rayons est enfermée dans un localisateur en flint ayant la forme d'un entonnoir à large orifice d'écoulement, et dans cet orifice on a introduit un tampon de coton hydrophile. Les rayons sortant de l'orifice se filtrent ainsi à travers la couche épaisse de coton. Dans le cas qui nous occupe, les rayons, au lieu de la couche de coton, traversaient deux épaisses couvertures avant d'atteindre la peau.

Après 79 séances de 15 minutes dont 17 quotidiennes de 20 minutes avec un tube donnant des rayons entre 6 et 7 du radiochromètre Benoit (30 volts, 6 amp. 5, étincelle équivalente entre 6 et 7 centimètres), il n'y a pas trace de radiodermite.

Dans un cas de tumeur du sein, 5 séances hebdomadaires avaient

provoqué un commencement de radiodermite. Après interruption de l'application jusqu'à disparition de toute trace de dermite, on recommence les séances dans les mêmes conditions, mais cette fois en filtrant les rayons. Au bout de 14 séances hebdomadaires, il n'y a pas trace même de pigmentation de la peau, pendant que l'effet favorable sur la tumeur continue à se manifester.

On ne peut nier que l'effet thérapeutique des rayons X ne se soit manifesté à l'aide de ce procédé. En effet, dans le cas qui nous occupe et dont l'observation fera l'objet d'un mémoire spécial, nous pouvons dire dès maintenant qu'il s'agissait d'une leucémie myélogène grave, arrivée à la dernière période de cachexie et évoluant avec furie. Or, actuellement, après dix mois de traitement, la malade a un état satisfaisant, se lève et vaque à ses affaires; d'autre part, la rate, énorme au début du traitement, est revenue à l'état normal, et le chiffre de leucocytes en rapport avec l'amélioration de l'affection, et celle-ci ayant traversé à un certain moment une poussée coïncidant avec une cessation du traitement, a passé progressivement de 160,000 à 4,000, puis est remontée à 30,000, et est actuellement à 18,000; le chiffre des globules rouges augmenta de 800,000 à 3,000,000.

Sur un cas d'œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage,

par M. L.-G. RICHELOT

Les corps étrangers de l'œsophage ne se rencontrent pas tous les jours, et ceux d'entre nous qui ont été le plus favorisés n'ont en cette matière qu'une expérience limitée. Les cas d'œsophagotomie externe sont rares. Aussi n'est-il pas sans intérêt de vous apporter une observation nouvelle, d'où peuvent se tirer quelques déductions pratiques.

Il s'agit d'un dentier avalé pendant le sommeil. De tous les corps étrangers, c'est le plus dangereux. Un jour, on m'amena un enfant de 4 ans, avec une radiographie qui montrait un sou arrêté à l'union du pharynx et de l'œsophage; mon index gauche atteignit le bord métallique, et guidée par ce doigt une longue pince courbe saisit le corps étranger et l'amena sans coup férir. Voilà une situation bien simple. Mais un autre jour — il y a une quinzaine d'années — Troisier m'envoya une jeune femme qui venait d'avaler son dentier; tout autre fut l'histoire. Je procédai d'urgence aux tentatives d'extraction; j'introduisis le panier de Grœfe qui dépassa le corps étranger et l'accrocha au retour, mais il fut impossible de le faire cheminer d'un millimètre, impossible de dégager le panier, et de longues minutes se passèrent, dont je

renonce à vous décrire l'angoisse. Persuadé que le dentier, fixé par ses pointes, ne sortirait pas, je ne cherchai plus qu'à retirer l'instrument, et j'y parvins; mais la malade ne me laissa pas le temps de recourir à une autre méthode. Prise de fièvre, elle succomba rapidement à une double pleurésie purulente, et l'autopsie nous montra le dentier placé en travers dans le tiers supérieur de l'œsophage, ses deux pointes acérées perforant la paroi du conduit et chacune des deux plèvres. Le dentier bouchait l'œsophage, et par les deux plaies latérales une personne bien intentionnée avait versé directement dans les plèvres un ou deux litres de bouillon.

Je reviens au cas présent. Le dentier était plus petit et n'avait pas de pointes acérées. Néanmoins mon malade succomba; et ce qui me paraît utile, c'est justement de vous montrer pourquoi il est mort et comment on aurait pu le sauver.

C'était un homme de 65 ans, bien portant, cultivateur dans le département des Ardennes. Dans la nuit du vendredi 26 au samedi 27 janvier 1906, il se réveilla en suffoquant, et dans un haut-le-corps rejette son dentier, vieil outil qui durait depuis plusieurs années et qu'il portait jour et nuit. Inconscient du danger, il replace l'objet et s'endort de nouveau. Quelques instants plus tard, nouveau réveil, suffocation et douleur vive; mais le corps étranger ne veut plus sortir. Il appelle son médecin, celui-ci en appelle un autre, on cherche des pinces appropriées, et dans la journée une première tentative est faite pour extraire le dentier. En même temps, on m'envoie une dépêche qui m'annonce l'arrivée du malade pour le dimanche matin, mais je ne lis la dépêche que tard dans la soirée; malade, famille et médecin sont chez moi le dimanche 28 sans avoir reçu une réponse.

L'homme est en bon état; il a beaucoup souffert de la gorge toute la journée du samedi, mais au cours du voyage, à 3 heures du matin, brusquement la douleur a cessé, comme si le corps étranger s'était déplacé. A-t-il pénétré plus avant? Serait-il tombé dans l'estomac? On m'affirme que le dentier n'est pas gros, ne porte que trois dents, et que ses pointes sont depuis longtemps émoussées. Quoi qu'il en soit, le calme est revenu, il n'y a pas de suffocation, mais la déglutition est toujours impossible, et pas une goutte de liquide n'a été prise depuis vendredi soir. Quelques mucosités trachéales gênent le malade et dès ce moment me font entrevoir le danger.

Ce même jour, à 2 heures, j'essaie l'extraction. Mais notez que c'est aujourd'hui dimanche, et qu'il est impossible de trouver dans Paris — nos recherches durèrent jusqu'au soir, infructueuses — un instrument qu'on n'a pas chez soi. J'arrivai à la maison de santé, où le malade m'avait précédé, avec une pince courbe, un cathéter

œsophagien et un crochet de Kirmisson; c'était déjà bien. La pince courbe sembla trop courte et ne saisit rien. Le cathéter, de fin calibre, descendit à toute profondeur, et l'armature métallique voisine de son extrémité me donna une sensation de frottement très nette; j'acquis la certitude que le corps étranger était toujours dans l'œsophage, mais à quelle hauteur? le frottement ne me le disait pas, et j'avais tendance à le croire plus bas qu'il n'était. Le crochet fut introduit à son tour; lui aussi descendit très bas et, grâce à sa forme plate, glissa évidemment derrière le dentier, mais il ne me donna pas la sensation de frottement, et ne me révéla rien sur le siège; pourquoi? De plus, il revint sans rien accrocher, et trois essais restèrent infructueux; il entrait et sortait assez facilement, et semblait ne toucher a rien. La manœuvre fut douce, patiente et persistante; le vieux paysan m'aidait par son endurance et son courage passif. Il n'y eut pas une goutte de sang, et je ne fis aucun dégât, — l'opération d'ailleurs, me l'a prouvé *de visu*, — néanmoins je ne voulus pas prolonger outre mesure une séance fatigante, et je remis au lendemain une nouvelle tentative avec le panier de Græfe et le ballon de Tarnier que M. Suarez de Mendosa y ajoute pour dilater l'œsophage. Le malade eut 39° dans la soirée; il n'expectorait pas, mais la trachée n'était pas tout à fait libre.

Qu'auriez-vous fait à ma place? Auriez-vous renoncé d'avance au panier de Græfe et au succès possible d'un nouvel effort? Devons-nous renoncer très promptement quand il s'agit de ce corps irrégulier, piquant et si vite enclavé? Quoi qu'il en soit, le lundi matin 29, on avait trouvé le panier, on avait rejoint M. Suarez de Mendoza et son ballon, et je commençai la manœuvre. Le malade avait 37°,9, il était reposé, il m'inspirait confiance. De nouveau, le cathéter passa, le crochet glissa sans rien dire; quant au ballon et au panier, ils butèrent contre un obstacle invincible et ne me servirent à rien. Et comme le panier ne donnait aucun son métallique, je ne pus savoir s'il était arrêté par le corps étranger lui-même ou par le spasme œsophagien. Je ne voulus pas faire de pesées violentes, de peur de déchirer la paroi, et je résolus de m'abstenir.

Je crois qu'il eût été imprudent d'opérer séance tenante. Le malade avait souffert et demandait grâce; il n'avait rien pris depuis 60 heures. La journée du lundi fut consacrée à soutenir ses forces par les lavements alimentaires et le sérum artificiel. Il eut 37°,9 le soir, 37°,6 le mardi matin; la nuit fut assez bonne, et quand je vins l'opérer je ne me repentis pas de lui avoir donné ce repos.

Œsophagotomie externe le mardi 30 janvier 1906. C'était ma première; elle me donna juste l'appréhension que doit donner toute opération qu'on n'a pas encore faite, mais, en somme, la manœuvre

est assez simple et réglée comme une ligature classique de la carotide. L'incision faite sur le bord du sterno-mastoïdien, le peaucier et l'aponévrose superficielle incisés, il est facile de reconnaître le tubercule de Chassaignac et le lobe thyroïdien qu'on va récliner. C'est ici, cependant, qu'il peut y avoir quelque hésitation; le lobe volumineux déborde l'écarteur, voile l'œsophage et peut faire croire qu'on est déjà au but, si on n'a pas soin de varier légèrement la position de l'écarteur et de bien regarder autour de soi. Ayant soulevé la thyroïde, je vis le récurrent, et l'œsophage aplati sur les vertèbres, avec ses fibres musculaires longitudinales, m'apparut clairement; j'y étais arrivé sans une goutte de sang. Je fis à la paroi œsophagienne une incision verticale et médiane, et, croyant toujours le corps étranger descendu, j'introduisis une longue pince vers l'estomac; elle ne trouva rien. Cherchant alors au-dessus de mon incision, par le simple palper je sentis l'objet tout près de moi, enclavé au lieu d'élection. Il était transversal, distendait l'œsophage mais ne l'avait pas perforé. Avec une pince ordinaire je le saisis, le mis à peu à peu dans l'axe du conduit et le dégageai par la plaie, sans produire de déchirure. Il avait 5 centimètres de long, 3 de large et portait trois dents; son bord était sinueux et tranchant, mais il n'avait pas de pointes aiguës.

Je fis la suture de la plaie œsophagienne comme les auteurs la conseillent, en ne prenant que la muqueuse et laissant les fibres musculaires; la manœuvre est délicate et gênante; l'angle supérieur de ma plaie était mal fermé, mais je n'insistai pas, car les auteurs, en nous recommandant la suture, ont soin d'ajouter qu'elle risque beaucoup de ne pas tenir.

Reste le dernier point : la sonde œsophagienne à demeure, pour nourrir le malade tandis que la blessure du conduit se répare. Là-dessus j'avais réfléchi, et je ne me souciais pas d'infliger au malheureux épuisé, meurtri, la torture de ce vilain outil que j'ai vu manier jadis par mes maîtres et dont j'ai gardé un assez mauvais souvenir. Je me dis qu'autrefois il fallait bien en passer par là, car la gastrostomie n'était pas encore une opération facile et sans péril. Mais aujourd'hui, la souffrance et peut-être quelque danger de la sonde à demeure ne peuvent-ils être évités? Je n'en doutais pas, et j'avais résolu d'établir une bouche stomacale avant de procéder à l'ouverture de l'œsophage. Celle-ci avait donc été précédée d'une gastrotomie qu'il est inutile de vous décrire; l'opération préliminaire avait duré quelques minutes, et la sonde rouge de petit calibre était en place. Je n'avais plus qu'à panser la plaie du cou — pas une ligature ne fut nécessaire — et à donner au malade son premier repas, 200 grammes de lait et un jaune d'œuf.

Tout avait bien marché, et les suites, en ce qui concerne les

opérations, furent les plus régulières. L'estomac et l'abdomen se comportèrent à merveille; matin et soir le malade fut nourri par la sonde, sans compter les lavements alimentaires et le sérum; il n'eut pas de vomissements et son pouls ne faiblissait pas. La plaie du cou, bien drainée, tendait rapidement à la réunion. Malheureusement, la congestion pulmonaire qui nous menaçait depuis le début s'accentua rapidement. Avant d'opérer, j'avais trouvé à l'auscultation de petits râles qui paraissaient encore insignifiants; mais dès le mercredi 31 janvier la respiration devint pénible et la température monta. Le malade lutta deux jours et succomba le 2 février.

Cette fin n'a rien d'inattendu, dans les conditions susdites, chez un homme de 65 ans. Mais les conditions pouvaient être meilleures et la fin évitée. Repassons les événements : l'accident se produit dans la nuit du vendredi au samedi; la journée du samedi est perdue en une première tentative sans résultat. Faut-il reprocher au médecin d'avoir voulu faire son métier, au paysan des Ardennes d'avoir hésité à prendre le train? Pour comble de malheur, c'est un dimanche qu'il se trouve à Paris, un instrument fait défaut, et c'est 24 heures plus tard qu'a lieu l'essai définitif pour extraire le corps étranger. Cela fait, c'est moi qui remets l'opération au lendemain, parce que les retards déjà subis, la fatigue, l'inanition prolongée, m'obligent à laisser reposer mon malade et à soutenir ses forces; le mal n'est pas venu de ce dernier ajournement, mais de ceux qui avaient précédé. Rien ne semblait décidément compromis le jour de l'opération; mais la congestion pulmonaire est insidieuse, et elle fit son œuvre.

Qu'aurait-il fallu pour sauver notre homme? L'accident reconnu pendant la nuit, la nature du corps étranger et la gravité particulière de la situation bien comprise par le malade, c'est dans la matinée du samedi qu'il fallait venir à Paris; la tentative d'extraction unique et suffisante, avec les outils nécessaires, eût été faite le samedi soir au plus tard, et l'opération le dimanche matin, 24 heures après l'accident. Étant donnés la simplicité de la gastrostomie, la netteté et l'heureux résultat de l'œsophagotomie, enfin l'excellent état où se trouvait le malade dans la matinée du dimanche, il est à peu près certain que nous l'aurions guéri.

Ceci, d'ailleurs, est conforme aux résultats fournis par la statistique et à l'opinion des auteurs. Les cas d'œsophagotomie heureusement terminés sont, en général, ceux dans lesquels l'opération fut faite de bonne heure, et c'est aux interventions tardives que revient la plus grande part de mortalité.

M. Pierre Sebileau. — Je me réserve de revenir sur la com-

munication de M. Richelot quand j'en aurai lu les détails dans le *Bulletin* de la Société. Mais dès aujourd'hui il faut qu'il se trouve ici quelqu'un pour répondre à la question qu'il nous pose : « Qu'auriez-vous fait à ma place? » nous demande M. Richelot. Il n'y a pas l'ombre d'un doute, j'aurais fait, pour ce qui me concerne, tout le contraire de ce qu'il a fait et d'emblée je me serais décidé pour l'œsophagotomie externe. L'hésitation ici n'était pas permise; il s'agissait, dit M. Richelot, « d'un dentier à bords sinueux et tranchants » ; ce dentier, il ne fallait pas, à mon avis, essayer de l'extraire par les voies naturelles, car c'est là une opération aveugle et presque nécessairement dangereuse.

Et comme si les accidents chez le malade de M. Richelot s'étaient voulu concerter pour démontrer la nécessité d'une opération rapide et claire (l'œsophagotomie externe) son patient est mort, peu de temps après l'intervention chirurgicale, de « congestion pulmonaire », sans que celle-ci trouve son explication dans ces phénomènes de septicémie cervicale qui compliquent quelquefois l'ouverture tardive des œsophages à parois très altérées. Il s'est infecté entre le moment de son accident et celui de l'opération.

Je reviendrai plus tard sur la question de technique opératoire. L'œsophagotomie externe est, à mon avis, sur l'adulte, une opération facile. Je l'ai pratiquée plusieurs fois sur des enfants jeunes; là elle devient délicate. Mais il y a, dans la communication de M. Richelot, un point que je veux dès aujourd'hui relever : tout le monde, dit-il, pratique la suture des parois œsophagiennes, mais personne ne croit que cette suture puisse tenir. C'est là une méprise. J'ai pratiqué pour ma part plusieurs fois la suture de l'œsophage et je puis donner à M. Richelot l'assurance que la réunion par première intention ne « manque pas » toujours. Chez deux de mes petits malades, malgré l'altération des parois de l'organe, la suture a résisté dans toute l'étendue. Je dois même dire que j'ai assez confiance en elle pour considérer que la gastrotomie préalable, éventuellement préventive de cellulite cervicale, telle que l'a pratiquée M. Richelot, constitue une superfluité opératoire. Je ne l'aurais pas faite.

Certes, je comprends que le vieux procédé de la « sonde nasale à demeure » ait laissé quelques mauvais souvenirs à M. Richelot (on l'utilise dans des cas si différents et si graves!) mais je crois qu'à l'heure actuelle l'introduction de cette sonde alimentaire, jointe à l'établissement d'une suture œsophagienne très soignée, est le meilleur complément, sinon le complément indispensable, de toute bonne œsophagotomie externe.

M. Pozzi. — Les manœuvres d'extraction dans les cas de corps

étrangers irréguliers ne doivent jamais être pratiquées. J'ai été le témoin d'un cas d'hémorragie mortelle foudroyante dans un cas d'extraction de dentier.

Je crois que l'opération immédiate est nécessaire toutes les fois qu'il s'agit de ces corps irréguliers; que cette opération doit être suivie de suture complète, suture muqueuse à la soie, suture musculaire au catgut.

Enfin, dernier point, la sonde molle à demeure introduite par la narine est supportée sans gêne et sans douleur même pendant quinze jours ou trois semaines.

Du reste je ne crois la sonde à demeure utile que si l'on n'a pas pu faire une suture très exacte.

Il me semble inutile et dangereux de faire la gastrostomie, qui double ou triple la gravité de l'intervention.

Et je me résume ainsi :

1° En cas de corps étranger irrégulier, opération immédiate;

2° Suture étanche et à son défaut sonde à demeure pendant huit ou dix jours;

3° Enfin opération unique sans gastrostomie qui allonge et aggrave l'intervention.

M. Picqué. — Je demanderai à M. Richelot pourquoi il n'a pas préféré la radiographie aux manœuvres qu'il a pratiquées pour la détermination du siège du dentier. Quant au moment de l'intervention, je crois qu'il faut intervenir dès que le diagnostic du siège a été établi et qu'il est démontré que l'extraction est impossible ou dangereuse.

Dans le cas que j'ai présenté ici même l'an dernier et où le résultat a été parfait, nous avions pratiqué de suite l'œsophagotomie externe.

Pour la suture de l'œsophage, je me rallie aux opinions qui viennent d'être émises. Dans le cas de l'an dernier, j'avais placé une sonde rouge dans la plaie œsophagienne. Dans les cas récents que je publierai prochainement, j'ai pratiqué la suture immédiate et j'ai pu obtenir un excellent résultat.

M. Tuffier. — Je crois que sur cette question — corps étranger constitué par un *dentier* arrêté dans l'œsophage — l'opinion de la Société de chirurgie a été fixée par une discussion survenue il y a deux ans. Nous avons été sur ce point d'une unanimité rare pour proposer l'œsophagotomie externe comme méthode de choix dans l'extraction de ces corps. Cette unanimité était d'autant plus démonstrative que des chirurgiens dont la pratique était très différente ont pris part à la discussion. M. Labbé, M. Segond, M. Quénu

et moi-même. Je crois donc que dès qu'une première tentative a échoué, il faut d'emblée faire l'œsophagotomie externe.

La suture complète de l'œsophage ne mérite pas l'ostracisme de M. Richelot; dans le cas que je vous ai rapporté; cette suture a été suivie au quatrième jour d'une fistulette qui a guéri en quelques jours. Il n'est donc pas douteux que cette suture ait facilité l'alimentation du malade et abrégé beaucoup la durée du traitement. Elle me semble donc devoir être tentée.

M. Kirmisson. — Je demande à faire observer que mon crochet employé dans son cas par M. Richelot a été construit uniquement en vue des pièces de monnaie et autres corps analogues. Quand il s'agit de corps irréguliers comme les dentiers, le traitement de choix, c'est l'œsophagotomie externe pratiquée le plus tôt possible.

M. Pierre Delbet. — Mon ami Tuffier vient de dire que la conclusion adoptée par la Société de chirurgie avait été de faire l'œsophagotomie dès que les tentatives d'extirpation par les voies naturelles avaient échoué. Je crois que notre société a été beaucoup plus catégorique et a admis la nécessité d'ouvrir l'œsophage d'emblée. Pour ma part, quand il s'agit de corps étrangers durs et irréguliers, je ne fais jamais aucune tentative par les voies naturelles, je pratique immédiatement l'œsophagotomie externe.

J'ai fait deux fois cette opération l'an dernier. Je crois vous avoir déjà parlé de l'une d'elles. Il s'agissait d'un énorme dentier. L'opération fut facile : dès que le lobe gauche du corps thyroïde fut relevé, l'œsophage apparut distendu par le corps étranger. Il me fallut faire une longue incision œsophagienne pour extraire ce dentier volumineux. Je la fis suivre d'une suture et j'obtins une réunion par première intention parfaite.

Dans un second cas, l'opération présenta de grosses difficultés. Il s'agissait d'une grosse femme avec un cou très court et un corps thyroïde volumineux. Le corps étranger était un petit fragment osseux piqué dans la muqueuse. J'eus beaucoup de peine à inciser l'œsophage. Cela fait, je sentis le corps étranger avec mon index, je le saisis avec une pince qui l'écrasa. Je n'en enlevai qu'une très petite partie; le reste fut immédiatement dégluti. J'essayai de faire une suture, mais les conditions anatomiques la rendaient extrêmement difficile et je me rendis compte que je faisais une mauvaise suture. Le résultat ne fut pas parfait : il se fit une petite fistule qui se ferma d'ailleurs spontanément et très vite. J'estime donc que même dans ce cas la suture a rendu service à ma malade.

Je suis donc tout à fait d'accord avec M. Pozzi sur l'opportunité

de l'œsophagotomie immédiate et de la suture. Mais je me sépare de lui sur la question de la sonde à demeure. Je ne crois pas qu'elle donne jamais le résultat qu'on lui demande le repos de l'œsophage. Bien au contraire, la présence de la sonde excite la sécrétion salinaire, la rend plus abondante et la déglutition de la salive devient plus fréquente. Je n'emploie donc pas la sonde à demeure. Je fais de longues injections de sérum pour calmer la soif; je nourris le malade par le rectum, et à partir du sixième ou septième jour, je le nourris par la bouche comme si de rien n'était.

M. Pierre Sébileau. — Je ne veux pas faire ici le plaidoyer pour la sonde à demeure. Evidemment elle n'est pas parfaite, mais je crois qu'elle est ce qu'il y a de moins mauvais. Mon ami Pierre Delbet l'accuse d'augmenter la sécrétion salivaire et, par ce fait, de nécessiter des déglutitions qui empêchent le repos du contractile œsophage. D'accord. Mais qu'il ait ou qu'il n'ait pas de sonde dans l'œsophage, un patient continue à sécréter de la salive et à déglutir. C'est une simple question de quantité, et c'est tout ; quoi qu'on fasse, le repos de l'œsophage est irréalisable; c'est une fiction. Et la gastrostomie préventive elle-même ne met pas le malade à l'abri des déglutitions nécessitées par la continuelle formation salivaire.

M. Quénu. — La discussion à laquelle a fait allusion M. Tuffier a eu lieu à la Société de chirurgie à propos d'un malade que j'ai présenté au douzième jour d'une opération de pharyngotomie latérale pour dentier. J'avais fait la réunion par première intention et cette réunion a été suivie de succès. La Société a été unanime à réprouver toute tentative d'extraction par les voies naturelles quand il s'agit de corps étrangers irréguliers tels que les dentiers. J'avais à propos de ce malade, proposé de substituer dans un certain nombre de cas la pharyngotomie à l'œsophagotomie externe.

M. Mauclaire. — Dans la prochaine séance, je rapporterai en détail une observation d'extraction de dentier au vingt-cinquième jour seulement.

M. Terrier. — Je rappelle que ma thèse date de 1870. Mes remarques relatives à la suture limitée de la muqueuse œsophagienne étaient basées sur des expériences que j'avais faites chez les grands animaux (chevaux), dont l'œsophage musculeux se déchire sous l'influence des contractions provoquées par les sutures lors de la déglutition.

M. Richelot. — Nous sommes d'accord, je crois, sur les points essentiels de l'intervention. Je sais bien que j'ai perdu un jour, je vous l'ai dit. Mais croyez bien qu'il n'est pas toujours facile de vaincre *immédiatement* les résistances d'un malade et de son médecin, quand ils viennent du département des Ardennes. Remarquez, d'ailleurs, que je suis loin des interventions tardives des auteurs, au bout de sept ou huit jours, et même plus, et que, sans la congestion pulmonaire, mon malade aurait très probablement guéri.

Dans les conditions où j'étais, oui, j'ai cru pouvoir faire des tentatives d'extraction; mais je connaissais leur danger, je les ai faites très douces, et elles n'ont rien amené de fâcheux.

Quant à la suture de l'œsophage, je l'ai trouvée gauche et difficile dans ce cas particulier; c'est pour cela que je vous ai rappelé ce que disent les auteurs, à savoir qu'elle ne tient pas toujours.

J'ai pu, quoique ce fût dimanche, faire faire une radiographie; mais je ne vous en ai pas parlé, parce qu'elle était mauvaise et ne montrait rien.

Enfin, je ne veux pas m'étendre sur la question de la sonde à demeure, nous en aurions pour longtemps. Mais je nie absolument que la gastrostomie, qui dure dix minutes et est d'une grande bénignité, ait augmenté tant soit peu la gravité de mon intervention.

Présentation de Malade

Orchidopexie

M. Walther. — Le malade que je vous présente est un garçon de vingt-quatre ans, maraîcher, qui est entré dans mon service, à la Pitié, pour une ectopie inguinale droite.

Aucun antécédent. — Pas de malformation connue chez les ascendants. Le malade a sept frères tous bien portants et ne présentant aucune anomalie, aucun vice de conformation.

Lui-même est d'une bonne santé. Il a été réformé au conseil de revision pour cryptorchidie.

Il dit que depuis l'âge de dix ans, quand il marche longtemps, quand il fait un effort, il sent à l'aine une petite tumeur qui ne sort pas.

Il en ressent parfois un peu de gêne, mais n'en souffre jamais.

A l'examen on trouve la bourse droite complètement vide, l'anneau inguinal superficiel assez étroit, la paroi du canal inguinal, un peu affaiblie, tombe quand on fait asseoir ou lever le malade. A la palpation on ne sent en aucun point du canal le testicule, même pendant les secousses de toux.

En examinant le malade debout après l'avoir fait marcher, on sent dans le canal inguinal une masse ovoïde aplatie de la grosseur d'une petite amande, qui, sous l'influence des efforts de toux, arrive jusqu'à l'anneau inguinal superficiel sans le franchir.

Le 28 mars dernier, j'ai fait la cure radicale avec orchidopexie suivant le procédé que je vous ai déjà plusieurs fois décrit et qui consiste essentiellement, après avoir largement libéré le cordon et le canal déférent, à placer le testicule dans la bourse du côté opposé en l'y maintenant par quelques points de catgut sur l'incision pratiquée à la cloison des bourses.

Vous pouvez aujourd'hui voir que le testicule est bien libre, mobile, situé dans la bourse gauche, et qu'il n'a absolument aucune tendance à remonter.

J'insiste sur ce fait que le testicule était très élevé, ne sortait jamais par l'orifice superficiel du canal inguinal. La libération, ici, a été assez laborieuse à cause de la brièveté relative du cordon et du canal déférent. Je dus sacrifier la plus grande partie des éléments du cordon pour abaisser convenablement le testicule.

Vous voyez que, malgré ces conditions mauvaises, le testicule tient bien et surtout, j'y insiste encore, n'a aucune tendance à remonter. Il est solidement maintenu et constamment tiré en bas et à gauche par la cloison élastique des bourses, ce qui assure, je pense, pour l'avenir, la conservation intégrale du résultat actuel, comme je l'ai toujours jusqu'ici observé dans les cas analogues.

Suture du fémur.

M. Routier. — Le nommé D..., âgé de 32 ans, a eu le 28 octobre 1904 une fracture du fémur droit de cause directe, un engrénage fort lourd étant tombé sur sa cuisse.

Dès son arrivée, on lui applique l'appareil de Hennequin; après 50 jours, la mobilité était la même que le premier jour ; après 60 et 70 jours, toujours même mobilité.

Rien dans son état général n'expliquait ce retard de consolidation.

Le 9 janvier 1906, j'ai mis le foyer de fracture à nu. Il y avait une vraie pseudarthrose, sans déplacement, ce que n'indiquait pas la radiographie.

Je réséquai cette pseudarthrose et mis à nu les extrémités osseuses, puis je les assujettis à l'aide de 2 agrafes de Jacöl.

Je l'ai laissé 60 jours dans le plâtre, le 12 mars j'enlevais l'appareil. Il était solide.

Voici la radiographie; il marche.

Rupture traumatique du canal cholédoque. — Guérison.

M. Tuffier. — L'épigastre de ce malade a passé sous une roue de voiture. Amené dans mon service sans accidents abdominaux graves, il est resté 4 jours en observation. Le 5e jour, je trouvai une matité complète de la fosse iliaque droite, en même temps une évacuation spontanée de son intestin dénotant une décoloration complète des matières. Je posai le diagnostic : Rupture du cholédoque. La laparatomie iliaque donna issue à plusieurs litres de bile, une incision épigastrique me fit constater une infiltration biliaire énorme de toute la région rétropéritonéale jusqu'au foie. Je ne pus trouver le cholédoque rompu, mais je drainai la fosse iliaque et la région sous-hépatique; en 45 jours tout a guéri, sans fistule, et sans la moindre rétention bilieuse. Le foie est normal.

Ce fait démontre donc l'innocuité remarquable et la réparation spontanée facile de la rupture du cholédoque.

M. Quénu. — J'ai observé l'an dernier un exemple de rupture spontanée du cholédoque analogue au cas de M. Tuffier. Il s'agissait d'un malade lithiasique ancien en état de rétention biliaire complète depuis quelques semaines.

Je fis une laparotomie, je constatai une sclérose atrophique des voies accessoires; il me fut impossible de découvrir les voies principales, mais je drainai d'une part une poche enkystée biliaire près du cæcum, dans la fosse iliaque droite, et d'autre part une grosse collection biliaire paraissant rétropéritonéale.

J'incisai cette dernière et drainai. Ce drainage donna lieu à un écoulement de bile considérable pendant plusieurs semaines, puis la perméabilité biliaire se rétablit et le malade guérit.

Exostose volumineuse du fémur chez un tabétique.

M. E. Potherat. — La pièce osseuse que je vous présente provient d'un homme de 37 ans, que j'ai opéré ce matin même. Il

m'était adressé avec le diagnostic tabes et ossification des muscles de la partie inféro-interne de la cuisse gauche.

En fait cet homme présente des signes indéniables de tabes à la seconde période. La sclérose des cordons postérieurs de la moelle était déjà manifeste il y a 16 mois, quand tout à coup le genou gauche gonfla considérablement sans douleurs vives. Une ponction exploratrice faite par son médecin ramena de la sérosité; il s'agissait donc d'une hydarthrose. Il n'y eut pas de traitement particulier, le malade continua à vaquer à ses occupations d'ouvrier viticole. Toutefois des douleurs survinrent qui bientôt empêchèrent la marche; mais, ces douleurs cessaient à peu près totalement par le repos au lit, mais le genou restait toujours fortement gonflé.

A l'examen, on constatait un épanchement considérable du genou; la rotule soulevée, le choc rotulien, le relâchement des ligaments permettant de grands mouvements de latéralité en étaient les phénomènes principaux. La peau est normale et cependant il y a une augmentation manifeste de la température locale. Une ponction aspiratrice et évacuatrice ramena en deux fois trois quarts de litre d'un épanchement un peu sirupeux, rougeâtre, riche en hématies.

La particularité, c'est que sur la partie interne du vaste cul-de-sac sous-tricipital on sentait une vaste plaque osseuse à surfaces convexes en dehors, concaves en dedans, reproduisant la forme du cul-de-sac synovial, et semblant développée dans l'épaisseur de la synoviale. Cette plaque s'enfonçait en haut sous le vaste interne et le crural; elle était mobile dans le relâchement musculaire, relativement fixe pendant la contraction musculaire.

Lorsqu'on essayait de la suivre dans la profondeur, on en perdait peu à peu le contour, mais un peu plus haut sur le bord interne du fémur, je sentais une autre exostose, plus massive, *fixe* et se continuant avec la diaphyse.

J'ai opéré ce malade ce matin et j'ai enlevé cette pièce osseuse composée de deux parties : une première, longue de 7 centimètres, massive, sessile sur le bord interne du fémur, duquel je la détachai par section après décortication du périoste. Cette masse cylindroïde, large de 2 centimètres et demi, se terminait en avant, dans la direction du genou, par une pointe mousse, sorte de corne du volume d'un crayon ordinaire.

La deuxième partie faisait suite à cette corne; elle commençait elle-même par une corne analogue, mobile sur la précédente, s'élargissant rapidement, de manière à représenter très exactement une arcade zygomatique. Cette arcade longue de 5 centimètres se continue par une vaste écaille osseuse, longue de 8 cen-

timètres, large de 4 à 7 centimètres et demi, à contour mince, tranchant, avec des anfractuosités anguleuses. Épaisse de quelques millimètres en avant, cette écaille mesure un centimètre d'épaisseur en arrière. Elle est perforée de plusieurs orifices, analogues aux pertuis vasculaires. Au niveau de la partie plus épaisse, il y a comme deux tables, une externe, une interne : entre les deux un assez vaste hiatus, comme si le diploë manquait. Dans ces orifices, dans ces hiatus pénétraient des trousseaux de fibres musculaires et aponévrotiques, ce qui a rendu la décortication du périoste assez difficile. Il n'y avait pas de bourse séreuse anormale, comme on en observe souvent à la surface des exostoses. Telle est cette pièce : il me paraît certain qu'il ne s'agit pas ici d'une ossification musculaire. Cet os était développé au milieu du muscle crural et du vaste interne, mais il prenait nettement insertion sur le fémur; car je pense que les deux pièces n'en font qu'une, mais que la seconde était unie à la première par une longue arcade qui s'est rompue à un moment donné, d'où les deux cornes terminées en face l'une de l'autre par des extrémités mousses.

J'ai dit que cet homme est tabétique, son hydarthrose chronique, l'épaississement de sa synoviale, le relâchement et la destruction partielle des ligaments, l'augmentation des extrémités osseuses grossies par des hyperostoses, sont, je crois, des signes d'une arthropathie tabétique indéniable, et l'on sait que ces arthropathies peuvent s'accompagner d'ostéophytes. Cette pièce serait-elle une ostéophyte? Cette idée ne peut, ce me semble, nous arrêter; l'exostose recouvrait la synoviale, elle en épousait la forme, mais elle en était nettement distincte, et elle prenait nettement insertion sur le fémur, haut, nettement au-dessus du tubercule du troisième adducteur. Il ne s'agit donc pas là d'une ostéophyte, mais d'une exostose analogue aux exostoses de croissance.

M. Auvray. — *Hydrohématonéphrose calculeuse extirpée par le procédé de Grégoire.* (M. Picqué, rapporteur.)

Élection.

Nomination d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place vacante de membre titulaire.

Nobre de votants : 28.

MM.	Quénu	27 voix
	Kirmisson	25 —
	Lejars	27 —
	Nélaton	1 —
	Picqué	1 —
	Reclus	1 —
	Mauclaire	1 —
	Rieffel	1 —

MM. Quénu, Lejars et Kermisson sont nommés membres de cette Commission.

Le Gérant : P. BOUCHEZ.

PARIS. — TYP. PLON-NOURRIT ET Cie, 8, RUE GARANCIÈRE. — 8408.

SÉANCE DU 9 MAI 1906



Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Une lettre de M. CHAPUT qui nous adresse une demande de congé pour la durée du concours de médecine dont il fait partie.

3° Une lettre de M. POTHERAT, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la Correspondance.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de notre collègue, M. CRUVEILHIER, et propose de lever la séance en signe de deuil.

La séance est levée.

Présentation de malade

Ch. Ombredanne. — *Réparation autoplastique du sein.* (M. Nélaton, rapporteur).

Présentation de pièces

Des luxations du poignet compliquées d'issue des os de l'avant-bras et du carpe,

par M. le Dr COUTEAUD

(Médecin en chef de la marine, membre correspondant.)

J'ai eu l'occasion d'observer, en 1898 et en 1906, deux lésions de ce genre :

Observation I. — Luxation du poignet avec issue des os de l'avant-bras et du carpe; ablation de deux os du carpe. Guérison avec paralysie du cubital.

Le 30 août 1905, dans une course d'obstacles, le cheval d'un artilleur fait panache et le cavalier tombe à toute volée sur la paume de la main. Il en résulte une luxation en arrière du poignet avec issue à travers la peau des extrémités inférieures antibrachiales non fracturées; au radius est fixé le semi-lunaire et un fragment du pyramidal. La longueur de la hernie osseuse mesure six centimètres. Quelques muscles sont rompus et menacés de nécrose; artères et nerfs sans lésions; hémorragie presque nulle; douleur à peine marquée. Beaucoup de sable et de terre souille la plaie.

On endort le blessé une heure après l'accident, on nettoie sa plaie, on enlève les osselets attenant au radius, on résèque le palmaire grêle voué à la gangrène et on réduit non sans peine les os de l'avant-bras. Pansement antiseptique, drainage, injection de sérum antitétanique.

Il s'en est suivi un phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras, long à guérir mais qui, heureusement, n'a amené aucune ankylose, grâce à une mobilisation précoce. Les seuls désagréments qu'a l'opéré sont une légère subluxation du poignet en avant et une paralysie du nerf cubital qui sera probablement curable par opération, plus tard. Actuellement, tous les mouvements sont

possibles. L'excursion antéro-postérieure volontaire du poignet dépasse 50 degrés; la supination active dépasse 90 degrés au bout de six mois. Tous les doigts sont mobiles.

La radiographie montre une néarthrose bien constituée et quelques exostoses n'entravant pas les mouvements.

La main blessée fait des progrès incessants et le sujet peut s'en servir utilement pour faire l'office de barbier.

Observation II. — *Luxation du poignet droit, issue des os de l'avant-bras et fracture du radius. Résection du radius. Guérison.*

Un ouvrier mécanicien fut blessé à 20 ans, le 1er février 1898, dans un coup de roulis qui fit écrouler sur lui un amas de madriers. On le releva avec une plaie au-devant du poignet droit à travers laquelle saillaient de trois centimètres les os de l'avant-bras. Il existait une fracture de l'extrémité inférieure du radius sans lésions d'artères ou de nerfs. Treize heures après l'accident on pratiquait, sous anesthésie, une résection de l'extrémité inférieure du radius et on réduisit la luxation. Drainage, suture de la peau, pansement antiseptique. Les suites furent simples, il y eut un peu de fièvre au début et des menaces de phlegmon conjurées une douzaine de jours après; la guérison complète et fonctionnelle survint en effet grâce à la mobilisation et au massage. Au bout de sept mois le jeune homme reprenait son service.

Revu huit ans après (1906), le blessé se sert de sa main droite avec autant d'aisance qu'auparavant. Sauf un peu de déviation de la main en dehors, il est impossible de découvrir une différence entre les deux mains, ainsi que la radiographie le confirme.

RÉFLEXIONS

J'ai réuni, épars dans la littérature, quatorze cas semblables; j'ai recueilli en outre cinq observations nouvelles et inédites, y compris les deux précédentes. Sur plusieurs points, l'histoire des luxations compliquées et exposées du poignet se confond avec celle des luxations simples; mais la symptomatologie, le pronostic et le traitement méritent une étude spéciale.

Dans dix-neuf observations de luxations ouvertes, l'issue des os carpiens était associée quatre fois seulement à celle des os antibrachiaux; l'osselet le plus fréquemment hernié est le semi-lunaire. La guérison par ankylose partielle avec une main utile est une heureuse issue. Le rétablissement fonctionnel parfait (V. obs. II) est tout à fait exceptionnel. Les infections telluriques compliquent la gravité des cas.

Les suites éloignées sont : les déformations de la main, la

subluxation du poignet, des paralysies des nerfs, des troubles trophiques divers, des néoformations osseuses sur les extrémités antibrachiales que les rayons X seuls peuvent déceler.

La désinfection de la plaie, l'injection préventive du tétanos ouvrent le traitement. On repoussera l'amputation, on choisira entre la résection et la réduction. Cette dernière sera la solution généralement préférable. La résection des osselets carpiens luxés est indispensable. La résection ultérieure et tardive du poignet sera une dernière ressource. On proscrira tout bandage plâtré au début, et on s'efforcera de mobiliser les jointures le plus tôt possible. En somme la chirurgie de ces lésions doit être résolument conservatrice.

Énorme kyste hématique du cou,

par M. WALTHER.

La tumeur que je vous présente a été enlevée il y a cinq mois chez un homme de 72 ans.

Le début remontait à plusieurs années, au moins huit ans. Une petite grosseur, d'un volume d'une noisette, s'était développée à la région sus-hyoïdienne gauche, mobile, indolente, et avait toujours été étiquetée depuis son apparition kyste sus-hyoïdien.

Lentement, progressivement le volume s'accrut et lorsque je vis le malade au mois d'octobre dernier, la tumeur était énorme, avait à peu près la grosseur de deux poings. Elle occupait la moitié gauche du cou; le bord inférieur ne touchait pas la clavicule, ce qui donnait nettement l'impression de l'origine primitive à la région sus-hyoïdienne. Le grand axe était presque transversal, légèrement oblique en bas et en dedans. Fluctuation nette dans une poche tendue.

Le larynx était complètement refoulé à droite et la saillie du cartilage thyroïde correspondait exactement à l'angle droit de la mâchoire. La respiration était gênée, la voix rauque, avec une toux quinteuse.

L'opération fut faite le 9 décembre 1905. A cause de la gêne respiratoire dans la position couchée, je fis d'abord, après une injection de stovaïne, une incision de 4 ou 5 centimètres à la peau et mis à nu la poche sous-aponévrotique, que je ponctionnai; cette ponction donna issue à une grande quantité de liquide chocolat, d'origine nettement hématique. On en recueillit 315 grammes pour l'examen; une quantité certainement plus grande fut perdue.

La poche vidée, le larynx reprit sa place, la respiration devint libre, la face se décongestionna; l'administration d'une petite quantité de chloroforme assura une bonne anesthésie pour le reste de l'opération.

Une longue incision mit à découvert la poche, qui fut largement ouverte; sa paroi interne était couverte d'une couche adhérente de caillots gris rougeâtres. Le fond de cette poche épaisse, résistante, était absolument moulé sur le larynx et l'os hyoïde, qu'on voyait saillir dans sa cavité, comme recouverts d'une simple membrane épousant toutes les inégalités ; à chaque inspiration on voyait se déprimer l'espace thyro-hyoïdien.

La périphérie de la tumeur semblait fusionnée avec les parties voisines, et je pensais, à une première exploration, que je ne pourrais pas extirper la poche en entier. Cependant, je trouvai peu à peu un plan de clivage convenable et, disséquant avec les doigts, sans mettre une seule pince, je pus décortiquer le kyste en entier.

Je n'eus pas à mettre de ligature sur la calotte épaisse de décortication; il n'y avait aucun pédicule vasculaire de volume appréciable à la tumeur.

Sur de petits vaisseaux sous-cutanés seulement furent mis quatre calguts fins; mais ces vaisseaux, je le répète, étaient indépendants de la tumeur et superficiels.

La plaie fut suturée au crin, avec un petit drain; suites simples, sans incident.

J'appelle votre attention sur l'examen de la pièce, qui offre des particularités fort intéressantes. Cet examen a été fait par mon chef de laboratoire, M. Beaujard; l'analyse du liquide, pratiquée par mon interne en pharmacie, M. Hubault, a montré : une réaction acide, une grande quantité d'albumine, des chlorures, des traces de phosphates, un peu de sodium, la présence très nette de fer et de sels amoniacaux.

Voici l'examen de la pièce fait par M. Beaujard :

Examen macroscopique

La paroi kystique est du volume d'une orange; elle semble, revenue sur elle-même, beaucoup trop petite pour la quantité de liquide qu'elle contenait.

La surface externe est blanc grisâtre, assez lisse sur quelques tractus conjonctifs; la paroi interne marron présente des débris de caillots fixés à la surface.

Examen du liquide

Le liquide (315 centimètres cubes), de couleur chocolat, est de consistance sirupeuse; il ne s'est pas coagulé.

Histologiquement, il renferme de nombreux globules rouges plus ou moins altérés, quelques leucocytes, mononucléaires pour la plupart.

Examen microscopique

La paroi du kyste peut être divisée en deux couches, l'une externe conjonctive, l'autre interne caverneuse. La couche conjonctive, épaisse d'un millimètre environ, est formée de faisceaux conjonctifs juxtaposés, séparés par quelques lames élastiques (orcéine). L'axe de ces faisceaux est parallèle à la surface dans son ensemble, mais plissé légèrement par la rétraction des parties élastiques. Un grand nombre de cellules conjonctives entre les faisceaux, pas de nodules infectieux. Quelques rares fibres musculaires lisses. — Assez nombreux capillaires dilatés, remplis de globules rouges — abondants surtout dans la partie la plus interne; il existe en outre des dépôts pigmentaires linéaires entre les faisceaux conjonctifs de cette dernière portion. — On y voit encore quelques larges cavités de forme ovalaire tapissées par un endothélium et qui forment ainsi une zone de transition avec la couche sous-jacente.

Cette couche caverneuse est formée d'un réseau délicat de tissu conjonctif, limitant des cavités de forme irrégulière mais en général allongées, à grand axe parallèle à la surface de la paroi. Le réticulum est formé de faisceaux conjonctifs à peu près exclusivement, avec d'assez nombreuses cellules conjonctives, dans les travées les plus larges, quelques rares fibres élastiques, quelques rares fibres musculaires. La paroi des cavités est formée d'un revêtement endothélial de cellules plates qui est resté intact dans certaines cavités. Dans la plupart des cavités on voit partir de l'endothélium de revêtement une série de fins tractus, amorphes, légèrement granuleux, presque tous parallèles à la surface du kyste, qui traversent le grand axe de chaque cavité (évoquant l'idée de stalactites et de stalagmites) restant sensiblement parallèles entre eux.

Dans plusieurs de ces cavités on voit des globules rouges, dans aucune on ne trouve des globules blancs. Cet aspect un peu spécial, nous semble s'expliquer ainsi : Le kyste étant rempli et tendu, les cavités de cette zone caverneuse, étaient virtuelles, les parois accolées par un peu de fibrine; lorsque le kyste fut vidé, la paroi distendue revint sur elle-même, et les cavités de la zone caverneuse, n'étant plus écrasées entre la tension interne du liquide et la résistance de la paroi externe, sont devenues réelles : la mince couche plasmatique qu'elles contenaient s'est dissociée en filaments qui traversent le grand axe des cavités.

A la partie la plus interne la zone caverneuse présente à très faible grossissement la même morphologie, mais toute la charpente fibreuse du réseau se transforme en une substance homogène granuleuse, où l'on ne voit plus aucun noyau, et les prolongements granuleux, plus ou moins dissociés, flottent dans le liquide kystique dont on voit les éléments : globules rouges et cellules blanches polynucléaires et surtout mononucléaires.

En résumé on peut considérer la pièce examinée comme un angiome qui est devenu kystique par l'accroissement d'une cavité entraînant la dégénération des parois des cavités voisines et leur confluence en une grande logé unique.

La tumeur présente donc les caractères histologiques d'un angiome, avec grande cavité kystique. Mais l'époque d'apparition à plus de 60 ans, l'absence de tout pédicule vasculaire appréciable me semblent s'accorder difficilement avec le diagnostic anatomique d'angiome. Peut-être serait-ce là plutôt un kyste primitif avec transformation angiomateuse de la paroi. Cette opinion est celle de mon ami M. Quénu, à qui je montrais tout à l'heure les résultats de l'examen histologique.

ERRATA

M. Bazy. — A propos du dernier procès-verbal :

Page 452, ligne 12, au lieu de : *évoluant avec furie*,
lire : *évoluant avec fièvre*.
Page 452, ligne 18, au lieu de : *160,000 à 4,000*,
lire : *160,000 à 8,000*.
et ligne 20, au lieu de : *800,000 à 3,000,000*,
lire : *1,800,000 à 3,000,000*.

Le Gérant : P. BOUCHEZ.

PARIS. — TYP. PLON-NOURRIT ET Cie, 8, RUE GARANCIÈRE. — 8441.

SÉANCE DU 16 MAI 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A l'occasion du procès-verbal

Œsophagotomie externe pour extraire un dentier avalé depuis vingt-trois jours.

M. MAUCLAIRE. — Voici l'observation dont j'ai parlé à la dernière séance :

OBSERVATION. — Mme Ch., âgée de 33 ans, m'est adressée le 10 avril dernier à l'hôpital Dubois par le docteur de La Dure (de Montluçon). Il y a trois semaines, cette malade était en traitement pour une congestion pulmonaire grippale. En avalant un cachet médicamenteux son râtelier s'est détaché et il fut avalé. Ce dentier était en métal, il ne présentait plus que deux dents sur six, mais l'un de ses deux crochets était cassé.

On fit le jour même plusieurs tentatives d'extraction avec le panier de Græfe, mais sans succès. L'état pulmonaire de la malade était assez grave et comme les aliments liquides passaient facilement, la malade fut maintenue en observation. Une radiographie fut pratiquée et l'on voit sur le cliché une ombre portée au niveau de la deuxième vertèbre dorsale. Cette ombre présente la forme du râtelier placé obliquement

en travers, mais il est à noter qu'elle a des dimensions plus grandes que celles du râtelier lui-même.

Dès que ce fut possible, la malade est transportée à Paris. En l'examinant on ne sent rien d'anormal à la palpation de la région cervicale. Cette palpation est assez difficile, car la malade tient constamment le cou en légère flexion avec propulsion en avant. Elle dit sentir une douleur constante derrière le manche du sternum, et il lui semble que le dentier change de temps en temps.

En présence de ce dernier symptôme un peu anormal et comme il n'y a aucune urgence, je juge utile un examen œsophagoscopique. Celui-ci pouvait peut-être permettre l'extraction directe sans œsophagotomie, comme je l'avais déjà vu faire par M. Guisey pour une arête de poisson. Dans tous les cas il pouvait donner des renseignements utiles sur la façon dont le râtelier pouvait être fixé et comment il fallait le saisir pour l'extraire facilement, soit par les voies naturelles, soit après l'œsophagotomie si elle était nécessaire.

Malheureusement, par suite d'un malentendu, M. Guisey n'a pas pu venir le lendemain pratiquer l'œsophagoscopie à l'heure dite. Aussi je me décidai à pratiquer immédiatement l'œsophagotomie externe suivant la technique classique.

La plaie saignant très abondamment, la mise à nu de l'œsophage fut un peu longue ; aussi je fis introduire une bougie à bout olivaire dans le conduit œsophagien, de manière à m'orienter. A mon grand étonnement, cette bougie olivaire ramena le corps étranger au niveau de la plaie, là où je ne le sentais pas un moment auparavant. Le dentier était donc bien probablement mobile comme le disait la malade.

L'extirpation fut facile. Les bords de la plaie étant très irréguliers, je ne tentai pas la suture primitive et je fis le tamponnement. C'est à peine si les jours suivants il passa un peu de lait par la plaie. Celle-ci bourgeonna très vite et la malade quitta le service le 30 avril, avec quelques bourgeons charnus superficiels.

Cette observation me paraît intéressante à deux points de vue. Tout d'abord il faut noter la longue durée du séjour du dentier dans l'œsophage — et cela sans accident. — Il est loin d'en être toujours ainsi, assurément, et cette heureuse tolérance est tout à fait exceptionnelle.

Je rappellerai en passant le cas de R. Abbe, dans lequel le dentier ne fut enlevé par l'œsophagotomie que douze mois après l'accident.

D'autre part, je pense que chez ma malade le dentier aurait pu être extrait par l'œsophagoscopie. Je n'ai pas à rappeler ici combien cette nouvelle méthode d'exploration est très utile pour ce diagnostic du siège réel et l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. Elle n'est pas compliquée et elle commence à être connue, grâce aux publications de von Mickulicz, von Hacker, Rosenheim, Kelling, Gottstein, Kilian, Stark à l'étranger, et celles

de Guisey, Moure, Sacart en France. Dans un cas de Reitzenstein (1) il s'agissait d'un dentier en ébonite tombé depuis douze jours dans l'œsophage et que le cathétérisme et la radiographie ne parvinrent pas à déceler. L'œsophagoscopie démontra la présence du corps étranger à 20 centimètres des arcades dentaires. L'extraction ne réussit pas du premier coup; il fallut retirer et replacer le tube à plusieurs reprises, mobiliser le dentier avec la sonde pour arriver à l'extraire à la suite du tube.

Dans un autre cas de Reitzenstein, l'examen œsophagoscopique montra le dentier à 24 centimètres des arcades dentaires. Au moment où la pince allait le saisir, il échappa et tomba dans l'estomac. Il fut rendu un mois après par l'anus.

Je ne connais que ces deux cas d'œsophagoscopie pour dentier.

En résumé, je pense que l'œsophagoscopie peut rendre des services pour extirper les corps étrangers œsophagiens par les voies naturelles. C'est un point qui n'avait pas été envisagé dans la dernière discussion.

Tumeur kystique du cou.

M. Routier. — L'observation de notre collègue Walther m'a rappelé un cas à peu près analogue que j'ai eu à traiter récemment.

Il s'agissait d'un homme de 61 ans, porteur sur le côté droit du cou d'une énorme tumeur plus grosse que les deux poings, qui s'était développée lentement, mais qui depuis cinq ou six mois paraissait augmenter beaucoup.

Au repos, les troubles fonctionnels n'étaient pas notables, mais dès qu'il remuait ou voulait faire un effort, la dyspnée devenait très forte. Il était un peu gêné pour la déglutition.

Cette tumeur lisse, placée sous le sternomastoïdien, était dure, tendue; cependant j'espérais que c'était une tumeur liquide, la partie saillante du cartilage thyroïde, la pomme d'Adam étant dans le même plan vertical que la branche montante gauche de la mâchoire.

J'ai opéré ce malade le 10 février dernier; l'opération a été très facile, l'anesthésie commode; j'ai pu énucléer le kyste sans pédicule; il était à parois épaisses et contenait du liquide noirâtre.

Je regrette de n'avoir pas d'examen histologique à vous offrir. J'ai pensé qu'il s'agissait simplement d'un kyste du corps thyroïde.

Ce malade est sorti guéri le 23 février.

(1) Reitzenstein, *Münchener medic. Woch.* 25 février 1905.

Kyste séreux congénital de la région sous-maxillaire gauche chez un homme de 72 ans. Extirpation du kyste qui adhérait par un large pédicule à la partie latérale du corps de l'os hyoïde. Étude anatomique et pathogénique du kyste qui paraît devoir être rattaché à un vice de développement du corps thyroïde.

M. Jalaguier. — A propos de l'observation de kyste du cou que vous a présentée M. Walther dans la dernière séance, je vous demande la permission d'exhumer une observation très analogue que je vous ai présentée jadis (séance du 3 mai 1888), mais qui n'a jamais été publiée.

Voici cette observation, avec les considérations pathogéniques dont j'avais cru devoir la faire suivre à l'époque déjà bien lointaine de ma communication :

Le 6 septembre 1887, est entré à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, lit n° 23, un homme de 72 ans nommé Claude Rouys, ancien jardinier, portant à la région sous-maxillaire gauche une tumeur du volume d'un œuf de dinde. Cette tumeur a la forme d'une cornemuse à grosse extrémité dirigée en arrière et à gauche et atteignant une ligne descendant perpendiculairement par le conduit auditif externe; elle remonte sur la région massétérine jusqu'au niveau d'une ligne horizontale tangente au lobule de l'oreille; mais c'est seulement par sa partie postérieure qu'elle remonte ainsi sur la face externe du maxillaire intérieur; dans tout le reste de son étendue elle est sous-jacente au bord inférieur de l'os et sa petite extrémité se prolonge, en avant, dans la région sous-hyoïdienne, jusqu'à la ligne médiane qu'elle dépasse même un peu. En bas, elle ne descend pas au-dessous de l'os hyoïde et la ligne courbe qui la limite correspond assez exactement à la direction du muscle digastrique. La grande courbure de cette tumeur mesure 16 centimètres; la petite courbure, mesurée selon la corde qui la soutendrait, du lobule de l'oreille au-dessous du menton, est de 13 centimètres. La peau est normale, sans changement de couleur ni dilatations veineuses; elle n'est nullement adhérente à la surface de la tumeur. La consistance est partout uniforme et donne la sensation d'une poche tendue rénitente. La grosse extrémité de la tumeur est mobile sur les parties profondes, c'est-à-dire sur l'angle du maxillaire et la région massétérine; la contraction du masséter ne l'immobilise pas, et, en cherchant ainsi à la mouvoir, on perçoit à plusieurs reprises une sorte de craquement qui fait penser que le kyste contient des parties solides frottant les unes sur les autres.

Il n'existe pas de tumeur dans la cavité buccale et le malade

affirme qu'il n'y en a jamais eu. La région sublinguale gauche est semblable à celle du côté opposé; cependant, lorsqu'on presse sur la grosse extrémité de la tumeur, on soulève en masse tout le plancher buccal du côté gauche, mais il n'y a pas trace de tumeur.

En plaçant une goutte de vinaigre sur la langue, on peut voir la salive sourdre par les deux orifices du canal de Wharthon, mais, tandis que le liquide jaillit par l'ostium ombilicale droit, c'est à peine s'il s'en échappe des traces par l'orifice gauche; ce dernier, du reste, est situé à 3 ou 4 millimètres en arrière de son congénère. Le cathétérisme du canal de Warthon est pratiqué des deux côtés, et ne fait constater l'existence d'aucun obstacle du côté gauche, cependant il est manifeste que la quantité de salive qui s'écoule après l'introduction du stylet est beaucoup moins abondante du côté gauche que du côté droit.

Une ponction faite avec la seringue de Pravaz permet de retirer un liquide jaunâtre, nullement visqueux, et dans lequel nagent en grand nombre des petits cristaux d'aspect micacé et que l'on reconnaît pour de la cholestérine.

La santé du malade est parfaite; il ressent cependant quelques maux de tête et quelques douleurs irradiées dans l'oreille du côté correspondant à la tumeur. Mais c'est surtout pour obvier à la difformité qu'il réclame une opération.

Les commémoratifs, relevés avec le plus grand soin par M. Cataliotti, externe du service, permettent d'établir les faits suivants : Le malade, depuis sa plus tendre enfance, a remarqué qu'il portait sur le côté gauche de la région sushyoïdienne une petite grosseur du volume d'un pois. Cette petite tumeur est restée sans présenter la moindre augmentation jusqu'à l'âge de soixante-dix ans. A cette époque, c'est-à-dire, il y a deux ans, elle a commencé à grossir insensiblement, pour acquérir bientôt le volume d'un gros haricot; depuis quinze mois, l'accroissement a été très rapide, sans qu'il y ait eu, cependant, aucune poussée inflammatoire, ni un traumatisme quelconque pouvant expliquer un développement aussi brusque.

Quel pouvait être le point de départ de ce kyste siégeant, très exactement, dans la région de la glande sous-maxillaire? Ma première idée fut qu'il s'agissait d'un kyste congénital; les commémoratifs donnés par le malade étaient en faveur de cette hypothèse et aussi l'absence de viscosité du liquide retiré par la ponction. Mais, d'autre part, le siège précis de la tumeur dans la loge de la glande sous-maxillaire, la déviation de l'ostium umbilicale, le trouble de la sécrétion salivaire, et aussi la sensation de craquement perçue par moi, et par d'autres, en mobilisant la grosse extrémité de la tumeur, et qui pouvait faire penser à une ou plu-

sieurs concrétions renfermées dans la poche kystique, ne me permettaient pas de repousser l'hypothèse d'une dilatation kystique de la glande sous-maxillaire elle-même, bien que cette variété de grenouillette sous-maxillaire soit d'une rareté excessive, si tant est, même, qu'elle ait jamais été observée sans dilatation préalable du canal de Wharton.

J'avoue que je restai dans le doute, sans adopter fermement l'un ou l'autre de ces deux diagnostics. L'opération me démontra qu'il s'agissait d'un kyste congénital.

Le 16 septembre, le malade étant endormi, je procède à l'extirpation du kyste. Incision de dix centimètres, à un travers de doigt au-dessous du bord inférieur de la mâchoire. La peau, le peaucier et l'aponévrose superficielle sont successivement sectionnés. L'artère et la veine faciales sont coupées entre deux ligatures. A la partie antérieure de l'incision, on aperçoit, à nu la paroi kystique d'une couleur rouge brun, mais à sa partie postérieure on reconnait, étalé à sa surface et fortement adhérent, le parenchyme de la glande sous-maxillaire refoulée et étalée sous forme d'une couche de 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Au moyen d'un grattoir mousse et du bistouri, la poche kystique est dégagée de cette couche de tissu glandulaire qui est réclinée en arrière avec ce qui reste de la glande sous-maxillaire.

Le doigt peut alors contourner la tumeur et séparer sa face profonde de l'angle de la mâchoire et de la région hyo-digastrique. En avant, sur le mylo-hyoïdien, l'adhérence est plus intime et nécessite l'emploi du bistouri. La veine linguale volumineuse, adhérente à la paroi kystique, doit être liée et réséquée.

Pendant ces manœuvres la poche se rompit en un point et une portion du contenu fut évacuée ; l'orifice fut fermé par une pince à pression et je continuai la dissection. Il me fut possible de détacher de la paroi kystique les fibres du mylo-hyoïdien au-dessous duquel le kyste ne se prolongeait pas.

Je parvins ainsi jusque sur l'os hyoïde auquel le kyste adhérait solidement par un pédicule court et épais. Ce pédicule charnu, très résistant, dut être sectionné au bistouri ; je rasai, au plus près l'os hyoïde sur lequel il s'insérait, au niveau et un peu en dedans du point de réflexion du tendon du muscle digastrique.

Après cette extirpation je pus voir que la moitié antéro-inférieure de la glande sous-maxillaire avait seule été étalée sur la tumeur ; la moitié supérieure de la glande et son prolongement antérieur étaient intacts, ainsi que le canal de Wharton qui n'affectait aucune connexion avec la paroi kystique. La portion du tissu glandulaire qu'il avait fallu détacher de la surface du kyste se trouvait déchiquetée, je me décidai à la réséquer.

La plaie fut suturée au crin de Florence et drainée, après avoir été lavée avec une solution de chlorure de zinc à 5 pour 100. Pansement composé de gaze iodoformée et d'ouate charpie de bois au sublimé.

Pendant la journée, l'opéré présenta une agitation assez vive, qui disparut dans la soirée.

Le 20 septembre, premier pansement. Les fils sont enlevés et le drain est raccourci de moitié.

Le 23 septembre, le drain est supprimé.

Le 30 septembre, la cicatrisation était complète, sauf un bourgeon charnu correspondant à l'orifice de sortie du tube à drainage.

L'opéré quittait l'hôpital le 14 octobre; la guérison était parfaite depuis plusieurs jours déjà.

Examen de la paroi kystique et de son contenu. — La face externe de la poche était lisse, sans bosselures ni saillies; sa face interne, lisse et polie dans la plus grande partie de son étendue, présentait, dans la région voisine du point par lequel le kyste adhérait à l'os hyoïde, un grand nombre de saillies et de trabécules ressemblant beaucoup comme aspect aux colonnes charnues pariétales des ventricules du cœur.

M. le docteur Gilbert a bien voulu pratiquer l'examen histologique de la paroi, qui comprenait les deux couches suivantes :

1° Une couche interne, épithéliale, formée par un seul plan de petites cellules aplaties, régulières, polygonales et pourvues de noyaux arrondis;

2° Une couche externe, fibreuse, très dense, constituée par des faisceaux de tissu conjonctif adulte et renfermant un nombre assez considérable de vaisseaux.

Très nettement délimitée en dedans, cette couche se résolvait, en dehors, en un tissu conjonctif lâche dans lequel on trouvait, çà et là, des acini glandulaires appartenant au type des glandes salivaires.

Quant au contenu, l'analyse en a été faite, avec grand soin, par M. Viaud, interne en pharmacie : liquide brun rosé, fluide sans viscosité troublé par la présence de petits cristaux visibles à l'œil nu. Réaction faiblement alcaline. Après quelques heures, il se forme dans la masse liquide quelques flocons qui se déposent à la partie inférieure du vase, en même temps que les cristaux signalés plus haut.

Le liquide, filtré, se coagule par la chaleur, il contient des proportions notables d'albumine.

Le liquide filtré, non plus que le produit de la calcination, ne renferment pas trace de sulfocyanure, ni de ptyaline.

A l'examen microscopique on trouve, dans une goutte du dépôt, une grande abondance de petits cristaux tubulaires de cholestérine, quelques globules sanguins altérés et des cellules aplaties, ne contenant plus de protoplasma. Mais on ne rencontre pas trace de cellules spéciales aux glandes et reconnaissables à leur forme arrondie et à la grande quantité de protoplasma qu'elles renferment.

La cholestérine a pu être isolée par l'éther après lavage et dessiccation du précipité. On en a ainsi obtenu plus de deux grammes.

Cette observation me paraît intéressante non seulement au point de vue clinique, mais aussi parce qu'elle soulève une importante question de pathogénie.

Et d'abord, il est remarquable que ce kyste congénital, après avoir conservé pendant soixante-dix ans les dimensions d'un pois, ait pris tout d'un coup, sans une cause occasionnelle appréciable, un développement assez rapide pour acquérir, en deux ans, les dimensions d'un gros œuf de dinde. Certes, il n'est pas très rare de rencontrer des kystes congénitaux qui, restés latents ou très petits durant plusieurs années, se manifestent, à un moment donné, par accroissement rapide ; mais ordinairement c'est pendant la période de croissance de l'individu que ces phénomènes sont observés. C'est ce qui arrive pour un certain nombre de kystes dermoïdes de la queue du sourcil, par exemple. Mais je ne connais aucun fait qui puisse être comparé, sous ce rapport, à celui que j'ai observé.

Il faut remarquer aussi l'importance que l'on doit accorder à la ponction exploratrice et à l'examen du liquide, pour différencier les kystes d'origine salivaire des autres tumeurs liquides développées dans le voisinage des glandes salivaires, mais indépendantes de celles-ci. Le contenu des kystes salivaires possède, en effet, une viscosité toute spéciale et que je suis porté à considérer, avec M. Delens, comme presque pathognomonique.

C'est pour n'avoir pas suffisamment tenu compte de l'absence de viscosité du liquide retiré avec la ponction que je n'ai pas d'emblée rejeté absolument l'hypothèse d'une grenouillette sous-maxillaire. Le kyste développé, il est vrai, au-dessous de la glande sous-maxillaire, s'en était coiffé et l'avait aplatie et refoulée au point que la sécrétion salivaire était diminuée de ce côté et que l'orifice du canal de Wharton était reporté un peu en arrière ; mais en dépit de cette intimité des rapports entre le tissu glandulaire et la poche kystique, il est bien évident que cette dernière ne procédait pas d'un acinus dilaté. Sans compter les commémoratifs et l'adhérence d'un pédicule à l'os hyoïde, la structure de la paroi,

la nature de l'épithélium et les caractères du liquide ne permettent pas d'accepter l'origine salivaire. Les acini glandulaires trouvés, au microscope, au sein du tissu conjonctif lâche qui formait la couche la plus externe de la paroi fibreuse, n'étaient autre chose que les restes du parenchyme glandulaire détaché de cette paroi à l'aide d'une laborieuse dissection.

C'est dans un vice de développement de la région branchiale qu'il faut chercher l'origine de ce kyste; mais la structure histologique de sa paroi n'autorise pas à le faire rentrer dans le groupe des kystes par inclusion pure et simple d'une parcelle du tégument interne ou externe (kystes mucoïdes, kystes dermoïdes). Les caractères de l'épithélium ne permettent pas davantage de lui attribuer une origine vasculaire.

Cette question de pathogénie m'embarrassait singulièrement, quand j'eus l'occasion de m'entretenir de ces difficultés avec M. Pierre Delbet, prosecteur distingué de la Faculté de médecine, et qui poursuit, en ce moment même (1888), d'intéressantes recherches sur le mode de développement des kystes sus-hyoïdiens. M. Delbet me suggéra l'idée qu'il fallait chercher l'origine de ce kyste dans une perturbation de l'évolution embryonnaire du corps thyroïde.

J'avoue que cette hypothèse m'étonna au premier abord, et cependant, si l'on tient compte des derniers résultats fournis par les études embryogéniques sur le développement de la glande thyroïde, il faut reconnaître que cette interprétation est très admissible.

En effet, en se reportant à la thèse d'agrégation de mon ami E. Quénu (Quénu, thèse d'agrég. 1886, pages 45 et 54) et au tout récent article de MM. Herrmann et Tourneux (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XVII, p. 455), on voit qu'il faut modifier l'opinion classique qui, depuis les travaux de Remak et de Kölliker, faisait provenir le corps thyroïde d'un prolongement impair et médian du pharynx primitif.

En réalité, cet organe dériverait de *trois* rudiments primordiaux *séparés à l'origine :*

1° Un diverticule épithélial médian détaché de la paroi antérieure du pharynx au niveau du *deuxième* arc branchial;

2° Deux diverticules latéraux se montrant de chaque côté de ce qui sera le larynx, et s'enfonçant au-dessous du IIIe arc branchial.

Ainsi, à l'origine, le rudiment médian est situé entre la portion radiculaire et la portion buccale de la langue, *au niveau* de l'extrémité antérieure du *deuxième arc branchial* (qui donnera aussi naissance à l'appareil suspenseur de l'os hyoïde) et *au-dessus* du troisième arc (qui formera l'os hyoïde par la partie antérieure); ce rudiment médian est donc séparé des rudiments latéraux par un

espace correspondant aux extrémités antérieures fusionnées des *deuxième* et *troisième* arcs branchiaux.

La thyroïde médiane « subit, par la suite, un déplacement qui tend à l'éloigner de plus en plus de la région où elle a pris naissance, pour la reporter plus bas, dans la situation qu'elle occupera définitivement. Ce changement de position s'accomplit grâce au développement du cou et au redressement concomitant de l'inflexion céphalique; la tête, en se redressant, entraîne avec elle la langue, tandis que la portion médiane de la thyroïde demeure en place » (Herrmann et Tourneux, page 459).

Pendant que les trois rudiments primordiaux tendent ainsi à se fusionner pour constituer la thyroïde de l'adulte et pendant que la thyroïde médiane se sépare de la portion radiculaire de la langue (os hyoïde, muscles glosso-hyoïdiens), les arrêts ou les vices de développement sont parfaitement admissibles. Ainsi se trouvent expliquées l'existence et la situation des glandes thyroïdes accessoires signalées autrefois par M. Verneuil (1) dans les *Arch. gén. de médecine* (1853) et étudiées depuis par Kadyi (1878), Zukerkandl (1879), Wolfler (1879), etc.

C'est sans doute dans un de ces lobules aberrants ou, tout au moins, dans quelque vestige embryonnaire du corps thyroïde que le kyste opéré par moi a pris naissance : d'une part, son siège et ses connexions étroites avec le bord supérieur de l'os hyoïde (IIIe arc branchial), au voisinage de la petite corne (IIe arc branchial); et, d'autre part, la structure de sa paroi et la nature de son contenu qui présentent beaucoup d'analogie avec la structure de la paroi et le contenu des kystes thyroïdiens, me paraissent plaider en faveur de cette hypothèse.

En dépit de son ancienneté, cette observation m'a paru mériter d'être rapprochée de celle de M. Walther. J'ajoute que pour le kyste opéré par M. Walther, je suis assez disposé à admettre comme M. Quénu qu'il s'agit vraisemblablement d'un kyste primitif dont la paroi aurait pris secondairement le caractère caverneux.

Luxations du carpe

M. Pierre Delbet. — M. Couteau nous a présenté une observation très intéressante de luxation du carpe, dans laquelle les deux os de l'avant-bras avaient passé au travers des téguments antérieurs du poignet. Et, fait très frappant sur lequel il a justement attiré notre attention, le semi-lunaire était resté fixé au radius et l'avait suivi.

(1) Verneuil, *Arch. gén. de méd.*, 1853, vol. I, p. 464.

C'est là le dernier degré de lésions complexes, qui ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le croit. Depuis Pouteau, la fracture de l'extrémité inférieure du radius avait absorbé en quelque sorte toute la pathologie traumatique du carpe. C'était là un excès. Les lésions du carpe lui-même, bien que rares, ne sont cependant pas exceptionnelles.

Ces lésions sont variables et se prêtent mal à une description. Il me semble cependant qu'il en est une plus fréquente que les autres qui mérite d'être connue. C'est une luxation complexe le plus souvent accompagnée de fracture. Elle a fait déjà l'objet de plusieurs travaux; je prépare moi-même un mémoire sur ce sujet avec la collaboration de mon interne et ami Dezarnoulds.

Permettez-moi de vous dire aussi brièvement que possible et en me servant seulement des faits que j'ai observés moi-même comment je comprends les divers degrés de cette lésion.

On l'observe à la suite des chutes violentes sur la paume de la main, comme les fractures classiques du radius. Peut-être faut-il, pour qu'elle se produise, que la main soit en même temps fortement renversée sur le bord cubital. Mais je m'occuperai le moins possible du mécanisme qui est fort obscur; je n'envisagerai guère que l'anatomie pathologique et la clinique.

Le premier degré de la lésion est une simple fracture du scaphoïde. Voici une radiographie qui la représente. C'est la main d'un interne distingué qui fit une chute de pétrolette en mai 1903. Il n'y a aucune autre lésion que la fracture du scaphoïde.

Cette fracture ne se produit certainement pas par le mécanisme de l'écrasement. On peut l'affirmer pour deux raisons. Sur les trois pièces que voici, on constate que l'os ne présente aucune trace d'écrasement. Les trabécules osseux ne sont pas tassés ; les aréoles du tissu spongieux ne sont pas déformées. En outre, la fracture se produit constamment au niveau du col de l'os, c'est-à-dire en un point qui ne peut pas être comprimé. C'est donc une fracture qui se produit par le mécanisme de l'arrachement et peut-être du porte-à-faux, un peu comme l'arrachement de la malléole interne dans la fracture de Dupuytren. Ses conditions immédiates sont évidemment fort difficiles à analyser, mais encore une fois, il est certain qu'il ne s'agit pas d'un écrasement.

Si le traumatisme continue son action, on arrive au second degré qui est caractérisé par une luxation. Le grand os passe en arrière du semi-lunaire.

Ce n'est donc pas, comme on l'a dit et écrit, une luxation du semi-lunaire. Bien au contraire, le semi-lunaire avec la moitié attenante du scaphoïde fracturé est le seul os qui reste dans ses connexions normales avec le radius. La fixité du semi-lunaire est la caracté-

ristique de cette lésion, et cette fixité n'est point surprenante, car cet os est solidement uni au radius par le gros ligament radio-semi-lunaire. Il est très peu mobile. Il ne bouge pas dans les mouvements de flexion forcée, ainsi que le montre la radiographie d'un poignet sain. C'est en quelque sorte un prolongement du radius.

J'ai dit tout à l'heure que le premier degré est une fracture du scaphoïde. Il n'en est pas toujours ainsi. Il y a des cas où le scaphoïde ne se fracture pas et alors il suit le grand os. Il en était ainsi dans le cas de M. Couteau. Le semi-lunaire était seul resté fixé au radius. Il est tout à fait exceptionnel que le scaphoïde reste tout entier adhérent au radius.

De même le pyramidal suit le grand os dans son déplacement. Quelquefois un fragment en est arraché par le ligament trapézo-semi-lunaire et reste adhérent au semi-lunaire. Ce fragment était assez considérable dans le cas de M. Couteau. Il n'existe que dans un seul de mes trois cas, et il est insignifiant.

Ce second degré, le plus caractéristique, n'est donc ni une luxation du semi-lunaire, ni une luxation radio-carpienne, ni une luxation médio-carpienne. C'est une luxation complexe, en général accompagnée de fractures par arrachement. La disposition des parties est la suivante. Vous pouvez la suivre sur la radiographie que voici.

Le semi-lunaire ne bouge pas et il reste solidement fixé aux os de l'avant-bras. Avec lui reste souvent la moitié interne du scaphoïde fracturé et quelquefois un fragment du pyramidal.

Le grand os se luxe en arrière du semi-lunaire, et il entraîne non seulement les autres os de la seconde rangée du carpe avec les métacarpiens, mais la moitié ou la totalité du scaphoïde et la totalité ou au moins la plus grande partie du pyramidal.

Encore une fois, ce degré est le plus caractéristique. Mais les lésions peuvent aller plus loin. A partir de ce point elles évoluent dans deux sens différents suivant la nature du traumatisme, suivant la résistance individuelle relative des tissus, conditions qu'il est bien difficile d'analyser.

Dans certains cas, les os de l'avant-bras, portant toujours le semi-lunaire fixé comme une dent dans une mâchoire, perforent les téguments palmaires et font issue au dehors. Ce sont les cas que M. Couteau a très soigneusement étudiés ; je les laisse de côté.

Dans d'autres, sans qu'il y ait la moindre solution de continuité aux téguments, le grand os qui presse sur le dos du semi-lunaire le culbute en avant. Voici une radiographie qui représente les lésions de ce degré : Vous voyez que le grand os est remonté en arrière du semi-lunaire et vient presque au contact des os de

l'avant-bras. Ce semi-lunaire a été refoulé et, ses faibles ligaments postérieurs étant rompus, il pivote autour du ligament antérieur, servant de charnière de telle sorte que sa face inférieure concave regarde en avant et que sa face postérieure est devenue inférieure.

Je viens de vous dire qu'il a pivoté autour du ligament antérieur jouant le rôle de charnière. Ce n'est pas là, Messieurs, une hypothèse. J'ai opéré le malade dont vous avez la radiographie entre les mains; j'ai enlevé d'un seul morceau le semi-lunaire et la moitié du scaphoïde y attenant : les voici, et j'ai constaté que le gros ligament radio-semi-lunaire était intact. Il m'a fallu le couper péniblement pour enlever l'os sans l'abîmer.

Dans certains cas, la rotation du semi-lunaire est encore plus considérable. Il se retourne complètement de telle sorte que la concavité regarde en haut. Si j'en crois les observations, il y aurait même des cas où, le ligament radio-semi-lunaire étant déchiré, l'os semi-lunaire est complètement énucléé comme l'astragale. Je n'ai pas observé de faits de ce genre.

Telle est, je crois, Messieurs, la succession des lésions : — Fracture par arrachement du scaphoïde, phase habituelle mais non nécessaire. — Luxation en arrière du grand os qui entraîne tout le carpe sauf la moitié du scaphoïde et quelquefois un fragment du pyramidal. — Puis bascule du semi-lunaire refoulé par le grand os luxé.

Ce qui fait l'importance pratique de cette lésion, c'est que, si elle est méconnue, si elle n'est pas traitée convenablement, elle entraîne une impotence définitive de la main et des douleurs intolérables dans un très grand nombre de cas.

En effet le médian est le plus souvent tiraillé et quelquefois le cubital.

Quand on se trouve en présence de cette lésion, on pourrait au premier coup d'œil la prendre pour une fracture du radius et je ne serais pas étonné que cette erreur ait été plus d'une fois commise. Je ne parle pas naturellement des cas où tout se borne à cette fracture du scaphoïde, ni de ceux où les os sortent au travers d'une plaie. Je ne vise que le second degré, la luxation sans plaie.

La déformation rappelle assez le dos de fourchette de la fracture du radius. Quand on examine avec soin, on constate que la tuméfaction siège plus bas. Les apophyses styloïdes du radius et du cubitus ont conservé leurs rapports normaux, et par la palpation on sent très bien le méplat de la face antérieure du radius. Il est alors évident que le radius n'est pas fracturé. Cette constatation négative est d'une extrême importance. Elle conduit à localiser les lésions dans le carpe et cela équivaut presque au diagnostic, car si j'en crois ce que j'ai vu, dans les conditions étiologiques que j'ai

indiquées, la luxation complexe que je viens de vous décrire, est la lésion de beaucoup la plus fréquente.

En palpant on constate que le carpe est notablement épaissi dans le sens antéro-postérieur. Dans quelques cas, on aurait pu sentir en avant le scaphoïde; il faut pour cela qu'il soit fortement déplacé. En général on ne le sent pas, gêné que l'on est par le ligament annulaire et les tendons fléchisseurs.

Mais on peut constater que le carpe en même temps qu'il est épaissi est raccourci. L'articulation trapézo-métacarpienne est rapprochée de l'apophyse styloïde du radius.

La main est en extension sur l'avant-bras, les doigts sont légèrement fléchis.

Les malades accusent des douleurs très vives. Dans quelques observations, il est dit que les douleurs siégeaient dans la zone du cubital. Chez mes trois malades, elles occupaient exclusivement le territoire du médian. C'est là la règle. Ces douleurs extrêmement vives ont le caractère des douleurs de névrite. Dans les cas anciens elles s'accompagnent de troubles trophiques. Mon premier malade, que je vous ai présenté en 1904, avait du glossy skin avec une sudation excessive. Chez mon dernier malade, les douleurs spontanées s'accompagnaient d'une anesthésie complète des régions de la main et des doigts innervées par le médian.

Ces troubles nerveux sont assez difficiles à expliquer, car dans aucun de ces trois cas je n'ai trouvé le médian reposant directement sur les os : il en était séparé par quelques tendons fléchisseurs. Au-dessus du semi-lunaire, resté adhérent au radius, se trouve un fossé profond, fossé limité en haut par le bord tranchant du semi-lunaire. Tout le contenu du canal carpien se réfléchit sur ce bord comme un paquet de cordes sur un chevalet et il faut admettre que le matelas constitué par les plans profonds des tendons extenseurs n'est pas suffisant pour protéger le médian.

Toujours est-il que ces troubles nerveux, extrêmement fréquents, donnent à l'affection une physionomie particulière et commandent une intervention active.

Dans quelle mesure doit-on faire des tentatives de réduction manuelle? Il est extrêmement difficile de le dire. On peut le tenter, je crois, quand les radiographies montrent avec évidence que les rapports du semi-lunaire avec le radius sont restés normaux. Quand le semi-lunaire a basculé en avant, il est clair que la réduction non sanglante ne peut-être qu'illusoire. Il est impossible de replacer dans le croissant semi-lunaire le grand os luxé en arrière.

Même, dans les autres cas, la réduction est difficile. Il ne me paraît donc pas douteux qu'on sera conduit le plus souvent à une ntervention sanglante.

On pourrait être tenté de passer en arrière, les os du carpe étant beaucoup plus superficiels de ce côté. Je crois que cette voie serait détestable. Elle ne permettrait pas d'agir sur le semi-lunaire, et si la réduction restait impossible après l'arthrotomie, elle ne laisserait d'autre ressource que de réséquer le grand os, qu'il faut, je crois, respecter à tout prix.

C'est en avant qu'il faut inciser. En passant entre le grand palmaire et les fléchisseurs, on arrive aisément sur l'articulation. Quand le semi-lunaire avec ou sans la moitié interne du scaphoïde est basculé, il vaut mieux le réséquer d'emblée.

Lorsqu'il a conservé ses connexions avec le radius, faut-il faire de grands efforts de réduction? A-t-on plus de chance d'obtenir un poignet mobile en réduisant qu'en réséquant le semi-lunaire? Je ne le crois pas.

Dans mes trois cas, j'ai enlevé le semi-lunaire avec la moitié attenante du scaphoïde. Je les ai enlevés sans les altérer et je vous les présente intacts.

Mais lorsqu'on a enlevé le semi-lunaire avec ou sans fragment du scaphoïde et du pyramidal, on n'a pas rempli la totalité de l'indication. Il faut ramener en avant les autres os luxés, grand os, partie ou totalité du scaphoïde et du pyramidal. Après résection, cette réduction se fait aisément.

C'est ainsi que je me suis comporté dans mes trois cas, et le résultat a été satisfaisant.

Rapport

Reconstitution autoplastique du sein après amputation totale,
par M. Ombrédanne

Rapport par M. NÉLATON.

Mme B.., 30 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, le 12 décembre 1905. Elle présente un épithélioma du sein droit, avec adhérence de la peau à la tumeur au voisinage du mamelon. Dans l'aisselle, on perçoit des ganglions indurés. La tumeur, du volume d'un œuf de dinde, ne paraît pas adhérente aux plans profonds. La malade n'est ni grasse ni amaigrie. L'état général est excellent.

Opération le 16 décembre 1905.

Je cernai d'abord le sein exactement à sa base par une incision circulaire. A l'extrémité externe du diamètre horizontal de cette circonférence, je commençai une autre incision qui suivit le bord inférieur du grand pectoral jusqu'au delà du creux axillaire. C'était en somme le tracé de Mac Burney renversé, en *b* au lieu d'être en *d*.

Je disséquai alors la languette cutanée triangulaire *AEF* constituée par ces incisions, en ménageant toute la graisse, que je laissai adjacente au lambeau. Celui-ci relevé, je pus facilement aborder le grand pectoral, le sectionner, le rabattre et l'enlever avec le sein malade. Je sectionnai ensuite le petit pectoral au niveau de la pointe de l'apophyse coracoïde; je le rabattis sans l'exciser. Puis je fis le curage de l'aisselle.

Je commençai alors ma reconstitution autoplastique. Le petit pectoral, rabattu de haut en bas sur ses insertions inférieures, constituait une petite masse musculaire arrondie, située vis-à-vis de la IVe côte, et allait déjà quelque peu servir de substratum au sein que j'allais refaire.

Pour cela, je mesurai le rayon du sein opposé, c'est-à-dire la distance qui séparait sa base du mamelon. Cette longueur, 6 centimètres dans le cas particulier, allait être la hauteur de mon lambeau autoplastique. Je taillai ce lambeau horizontalement sur la poitrine, au-dessous de la perte de substance résultant de l'exérèse, et au-dessous du sein de l'autre côté. Mon incision partait à peu près sur la verticale du sommet de l'aisselle, distante en ce point *D*, de 8 centimètres de la plaie, s'en rapprochait peu à peu de manière à en être à 6 centimètres sur la ligne mamelonnaire; puis

elle se dirigeait horizontalement en dedans, dépassant la ligne médiane pour aller jusque sous le sein opposé, à mi-distance entre la ligne médiane et la verticale du mamelon *(C)*.

Du bord inférieur de la plaie d'exérèse, au point *H*, partait une incision parallèle à la précédente qui déterminait le bord supérieur

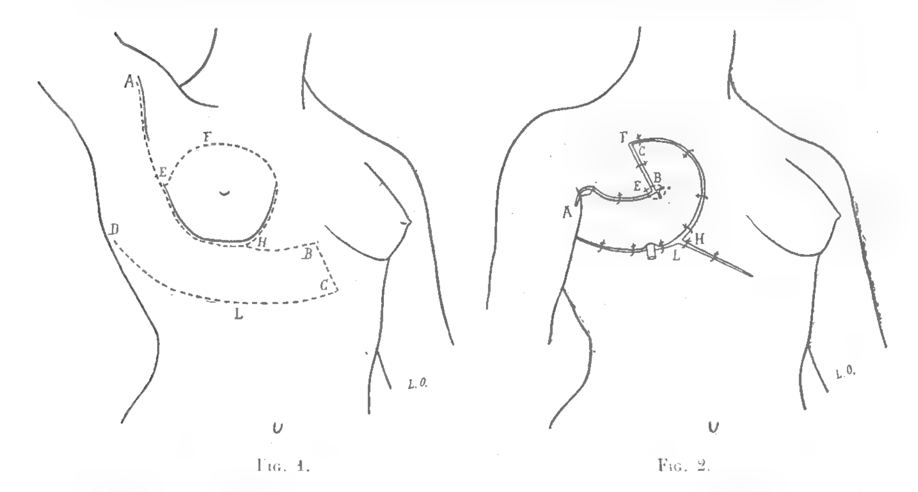


Fig. 1. Fig. 2.

HB de mon lambeau, dont je traçai le bord libre *BC* légèrement oblique en bas et vers le côté sain.

Je disséquai ce lambeau *ABCD* jusqu'à la ligne axillaire, au ras de l'aponévrose, lui laissant toute sa graisse et je fis l'hémostase du plan profond.

Puis je l'enroulai en forme de cornet à sommet pointant en avant; pour cela, dans l'épaisseur du derme des deux tiers internes de sa tranche supérieure, je faufilai un catgut qui, une fois serré, ne laissa persister au sommet du cône cutané qu'une surface cruentée de la taille d'un centime; trois points séparés achevèrent de fermer ce sommet.

Le bras fut alors rapproché du corps, une forte soie fut passée en *D* et en *H* et serrée le plus possible : ces deux points, en se rapprochant quelque peu, ont évité toute traction sur le lambeau. Puis le cône cutané fut appliqué sur le thorax, coiffant la masse du petit pectoral qui en augmentait la saillie. Sa base fut suturée à la tranche cutanée des téguments de la poitrine.

Dans l'encoche *ABC* (fig. 2), que présentait encore le cône cutané, j'engageai alors la pointe cutanée *AEF*, le point *E* correspondant au mamelon; ce petit lambeau triangulaire fut suturé au grand lambeau incurvé et compléta le sein restauré.

Restait à combler la perte de substance résultant du prélève-

ment du grand lambeau; il me suffit de libérer fort loin la lèvre inférieure de la plaie; je poussai la dissection jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic; la peau se mobilisa et bientôt le point *L* pouvait venir au contact du point *H*. Cette longue brèche était réunie par une suture transversale.



Fig. 3.

Un drain, allant jusqu'au centre du sein, sortait sous son bord inférieur; un autre petit drain plongeait dans l'aisselle et sortait par un orifice cutané spécial.

A la suite de cette opération, il n'y eut aucune gangrène des lambeaux; mais il se produisit un peu de sphacèle de la couche graisseuse profonde, et de la sérosité rousse, huileuse, sortait par le drain inférieur. Cette fistule persista pendant six semaines; puis il resta à ce niveau quelques bourgeons charnus, suintants, qui ne s'épidermisèrent complètement qu'au bout d'un mois. C'est deux mois et demi seulement après l'opération que la malade quitta tout pansement.

M. Reclus. — Je demande à faire remarquer que l'ablation de la peau ne me paraît pas suffisante.

MM. Labbé et Quénu s'associent à la remarque de M. Reclus.

Blessure du foie par coup de feu.

M. Moty. — Le blessé que j'ai l'honneur de vous présenter a été atteint de coup de feu antéro-postérieur de l'hypochondre droit.

A son entrée dans mon service le 30 mars, il portait à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes une blessure pénétrante produite deux heures auparavant par un revolver d'ordonnance modèle 1873 ; un orifice de sortie en forme de fente verticale existait en arrière à quatre doigts de la ligne épineuse et à trois doigts au-dessus de la crête iliaque ; l'hémorragie avait été assez abondante, le blessé avait mangé à dix heures du matin. On l'envoyait d'urgence à l'hôpital pour y être opéré s'il y avait lieu, après avoir appliqué sur les deux orifices de la blessure un pansement aseptique provisoire.

L'examen fait reconnaître : 1° trois déchirures en croix, au point de pénétration du projectile, de la chemise qui est noircie par la poudre dans la partie extérieure de ses plis; 2° un orifice d'entrée rond, également noirci par la poudre, et de 7 à 8 millimètres de diamètre; il s'en écoule encore un peu de sang; l'orifice de sortie décrit plus haut en donne un peu plus.

Tension de la paroi abdominale et douleur généralisée à tout l'abdomen avec maximum à droite. La défense de la paroi et la vivacité de la douleur nous conduisent à intervenir immédiatement bien que l'état de pouls (à 102) fût relativement favorable.

A cinq heures du soir, cocaïnisation, ouverture de l'abdomen en dehors de la ligne blanche externe, un peu en dedans de l'orifice d'entrée; on constate que le bord du foie a été parcouru d'avant en arrière par le projectile, qui y a creusé un tunnel avec éclatement sur deux points; de petites masses de débris hépatiques sont retirées de la cavité péritonéale, que l'on nettoie rapidement avec un petit tampon de solution formolée faible; la plaie hépatique ne donne plus de sang. On aperçoit alors une forte ecchymose du méso-côlon au niveau de la coudure du côlon ascendant. Je donne un peu de chloroforme pour être à même d'examiner de plus près cette région, et en invaginant mon doigt au-dessus et au-dessous

de l'ecchymose, je constate que les tuniques du gros intestin paraissent intactes.

Je me contente donc de placer un drain court dans l'orifice de sortie, d'où j'extrais l'opercule métallique qui sépare le culot de la balle de la chambre à poudre, et de fermer complètement l'incision antérieure par une suture en étage au catgut.

Diète absolue pendant quarante-huit heures, suites simples, sauf une petite élévation de la température pendant cinq jours. Réunion complète. A noter une rétention d'urine pendant vingt-quatre heures sans modification des urines.

J'appelle l'attention sur les faits suivants : 1° la blessure du foie malgré la position relativement basse du trajet, ce qui indique que le projectile a pénétré à la fin d'une expiration ; 2° la guérison spontanée probable de la blessure sans intervention, malgré la défense de la paroi abdominale ; 3° le projectile pesant 12 grammes a été retrouvé dans la couverture de lit qui entourait le blessé à son arrivée à l'hôpital ; 4° il n'y avait pas d'hémorragie péritonéale, la faible pression vasculaire des petits vaisseaux du foie ayant amené une hémostase spontanée peu de temps après la blessure ; 5° il n'y a jamais eu de douleur réflexe à l'épaule droite.

Présentation de pièce.

Anévrisme d'origine traumatique d'une cubitale anormale,

par M. WALTHER.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est âgé de 51 ans, meunier, employé à la Boulangerie centrale des hôpitaux. Le 25 février dernier, dans la matinée, voulant de la main droite pousser un sac de blé, il lance en avant l'avant-bras très légèrement fléchi, la main en supination. Le sac résiste plus que n'y comptait le malade, et dans l'effort assez violent des muscles contractés le malade ressent une légère douleur à la partie supérieure de la face antérieure de l'avant-bras, douleur qu'il compare à une piqûre d'aiguille.

Quelques instants plus tard, une sensation de fourmillement envahit les doigts. A l'avant-bras persiste une douleur sourde, continue, qui, sans empêcher les mouvements, entraîne cependant une certaine maladresse.

Le lendemain, en s'éveillant, le malade constate que la partie supérieure de l'avant-bras est augmentée de volume, un peu douloureuse.

En même temps il s'aperçoit de la disparition de battements qu'il avait depuis très longtemps constatés à la partie interne du pli radiopalmaire.

Le 27 février le malade vient à la consultation de la Pitié, on lui applique un pansement humide; le soir apparaît, à la partie supérieure et interne de l'avant-bras, une ecchymose qui s'étend à deux ou trois centimètres au-dessus et à quatre travers de doigts au-dessous de l'épitrochlée.

Mon collègue et ami Robineau qui voit le malade à la consultation le conduit dans mon service le vendredi 2 mars. Nous l'examinons ensemble et constatons l'état suivant :

Volume de l'avant-bras normal. A la partie supérieure de l'avant-bras deux ecchymoses noirâtres : l'une étendue sur le bord cubital du coude de deux ou trois centimètres au-dessus de l'épitrochlée jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous; l'autre ovalaire, occupant la face antérieure du tiers moyen de l'avant-bras et séparée de la précédente par une bande de peau saine.

A deux travers de doigts au-dessous du pli du coude, à un centimètre en dedans de la gouttière interne, existe une tumeur du volume d'une noisette, tumeur nettement pulsatile, expansive, à pulsations systoliques, sans frémissement, sans thrill. La tumeur est bien isolée des tissus voisins et très superficielle. Elle est indépendante des muscles et garde tous ses caractères quand on fait contracter les muscles.

Il s'agit donc d'un anévrisme artériel. Cet anévrisme siège exactement sur le trajet de la cubitale, mais la tumeur étant superficielle, sus-musculaire, il est certain que la cubitale est anormale, superficielle, ce qui répond bien à la présence depuis longtemps constatée par le malade d'une petite tumeur pulsatile au poignet.

L'exploration de la cubitale au poignet montre que les battements persistent mais très faibles; le malade a noté lui-même depuis l'accident, la disparition du pouls cubital au poignet.

La compression de l'humérale arrête les battements dans la tumeur.

La compression de la radiale n'abolit pas le pouls récurrent dans la partie sous-jacente de l'artère, ce qui prouve que l'ectasie ne modifie pas très notablement la circulation dans la cubitale et laisse libre en grande partie le calibre de l'artère.

Le malade ressent quelques fourmillements et un peu d'engourdissement dans l'auriculaire et l'annulaire.

Les mouvements sont faciles, mais la contraction musculaire est faible.

L'état général du malade est assez bon. A l'âge de 25 ans, il a eu une bronchite, et depuis dix ans, chaque hiver il tousse.

Il est emphysémateux mais ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Il n'a jamais eu d'autre maladie, on ne trouve chez lui aucun antécédent héréditaire. Son père et sa mère sont morts très âgés. Quatre frères ou sœurs sont morts âgés, cinq autres sont très bien portants.

Pas de trace de syphilis.

Aucune maladie infectieuse ayant pu déterminer de l'artérite.

Le système cardio-vasculaire est bon. Peut-être les artères sont-elles un peu moins souples qu'à l'état normal; mais, en tout cas, il n'y a pas d'athérome appréciable. Le cœur est sain.

Opération le 28 mars. — Anesthésie au chloroforme après injection d'un milligramme de scopolamine et d'un centigramme de morphine.

Incision de 6 centimètres sur le trajet de la cubitale, à partir du pli du coude. Incision du tissu cellulaire sous-cutané, puis de l'aponévrose.

A un centimètre au-dessous du bord de l'expansion aponévrotique du biceps, apparaît la tumeur qui est rapidement disséquée, l'artère est mise à nu au-dessus et au-dessous du sac. Le bout supérieur est suivi jusqu'à la bifurcation très proche de l'humérale, c'est bien une cubitale superficielle. Une ligature au catgut est serrée à 5 millimètres au-dessus de la tumeur; les battements ne s'arrêtent pas. Une seconde ligature est placée sur l'artère au-dessous de la tumeur. Les battements disparaissent, mais la tumeur ne s'affaisse pas. Résection de l'artère. Suture de l'aponévrose par les points séparés de cat-gut. Suture de la peau avec les agrafes.

Suites simples. Pendant près d'un mois, le malade a conservé une certaine faiblesse des muscles épitrochléens et des fourmillements dans l'auriculaire et l'annulaire. Aujourd'hui l'engourdissement, les fourmillements ont disparu.

Examen de la pièce.

La tumeur du volume d'une noisette est située sur la partie interne et superficielle de l'artère. En fendant l'artère on voit sur la paroi un orifice elliptique d'un millimètre de large sur deux millimètres et demi de longueur qui donne accès dans le sac presque complètement empli de caillots. Cette disposition du sac, l'étroitesse de l'orifice expliquent le peu de trouble apporté à la circulation dans la cubitale.

Le sac est bien régulier et semble constitué aux dépens de la paroi artérielle elle-même.

Voici les résultats de l'examen histologique fait par mon chef de laboratoire M. Beaujard :

Sur la pièce formée par un anévrisme développé sur la paroi latérale de l'artère cubitale, la coupe intéresse la partie convexe de l'anévrisme et le caillot qu'il contient.

Le caillot est constitué par une série de couches de fibrine entre lesquelles sont inclus de nombreux leucocytes presque tous mononucléaires et des globules rouges. Ceux-ci sont très abondants et bien conservés dans la partie centrale, de moins en moins nombreux et plus ou moins altérés dans la région périphérique. Les couches fibrineuses arrivent jusqu'au contact immédiat de la paroi anévrismale, en un point cependant elles en sont séparées par une fente étroite au niveau de laquelle on trouve sur la paroi quelques cellules endothéliales.

La paroi examinée de dehors en dedans présente :

1° Une couche de tissu conjonctif lâche contenant quelques fibres musculaires striées, appartenant aux muscles voisins;

2° Une couche répondant à l'adventice du vaisseau, formée de tissu conjonctif plus serré contenant des petits vaisseaux et des capillaires avec quelques fibres musculaires lisses et quelques fibres élastiques;

3° Une couche homogène formée par des lames conjonctives superposées avec de nombreuses cellules conjonctives aplaties, quelques rares fibres musculaires lisses. — Cette couche se continue jusqu'au contact du caillot, en un point seulement on trouve quelques cellules de l'endothélium.

La recherche du tissu élastique (orcéine) nous a donné les résultats suivants :

La membrane élastique interne n'existe pas; toutefois, on trouve près d'une des extrémités de la coupe une lame élastique qui se continue avec la membrane élastique interne du vaisseau, se prolonge sur un ou deux millimètres et se termine en s'effilant au fur et à mesure qu'elle s'avance vers la convexité de l'anévrisme.

On trouve, en outre, dans le prolongement de cette lame qui est bien franchement colorée en noir par l'orcéine, un certain nombre de fibres élastiques disposées en une couche parallèle à la paroi, dans près de la moitié de la coupe. Mais ces fibres sont dégénérées, la substance élastique qui les constitue est formée par une série de granulations très fines juxtaposées, bien colorées en noir et réunies par une substance que l'orcéine a teinté en marron.

L'ensemble de ces formations élastiques nous paraît être les vestiges dégénérés de la membrane élastique interne du vaisseau.

La paroi de l'artère examinée à un millimètre environ de l'orifice du sac présente les caractères absolument normaux d'une artère de type musculaire, avec ses trois couches, externe, moyenne et interne, ses

formations élastiques bien caractérisées (membranes élastiques interne et externe, fibrilles élastiques éparses dans les trois tuniques) et la grande abondance de fibres musculaires lisses dans la tunique moyenne.

En résumé, la paroi de l'anévrisme diffère de la paroi artérielle : 1° par la dégénération et la rupture des formations élastiques; 2° par la diminution très marquée des fibres musculaires.

Il y a trois ans, j'ai présenté à la Société de chirurgie (séance du 1er juillet 1903, p. 729) une pièce de rupture spontanée de l'artère fémorale à sa partie moyenne. Dans ce cas la rupture avait divisé la moitié antérieure de la paroi artérielle et il en était résulté un anévrisme diffus. L'artère était nettement athéromateuse.

Ici la rupture est remarquable par ses petites dimensions, par la formation d'un anévrisme circonscrit dont la paroi est constituée par la tunique externe et la tunique moyenne altérée.

Le Secrétaire annuel,

P. Michaux.

Le Gérant : P. BOUCHEZ.

PARIS. — TYP. PLON-NOURRIT ET Cie, 8, RUE GARANCIÈRE. — 8460.



SÉANCE DU 23 MAI 1906

Présidence de M. Segond.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Une lettre de M. Delorme, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos du procès-verbal.

Sur les traumatismes du poignet.

M. Paul Segond. — L'étude des traumatismes du poignet n'a plus seulement l'intérêt propre à toute question concernant les fractures ou les luxations. La loi de 1898 sur les accidents du travail lui donne de plus une actualité très particulière en nous créant l'obligation, presque journalière pour plusieurs d'entre nous, de formuler un pronostic impeccable en présence d'une fracture ou d'une luxation quelconque. Et certes, ce n'est point toujours fort aisé, surtout quand il nous faut, pour complaire à la magistrature, faire de l'arithmétique à propos des nuances ou des réserves habituelles d'un pronostic fonctionnel raisonnable et nous livrer au fameux pourcentage sur lequel il est aujourd'hui convenu qu'on doit se baser pour déterminer la quotité des indemnités permanentes. On ne saurait donc trop se féliciter de voir notre collègue Delbet étudier à son tour un sujet aussi nécessaire à bien connaître. D'autant que, malgré les travaux récents et fort importants de l'École lyonnaise, malgré le nombre déjà considérable des documents précis que l'examen radiographique a permis de rassembler, l'histoire des fractures et des luxations des os du carpe n'en demeure pas moins complexe et souvent même obscure, notamment au point de vue du mécanisme. Il est cependant cer-

taines particularités qui, dès maintenant, se dégagent assez bien pour mériter d'être relevées avec soin.

C'est d'abord ce fait capital que, dans une proportion beaucoup plus grande qu'on ne le soupçonnait avant les examens radiographiques, on voit les désordres du squelette carpien compliquer la classique fracture de l'extrémité inférieure du radius et nous livrer ainsi l'une des deux causes principales de la gravité parfois si grande de son pronostic d'avenir. Certes, dans la majorité des cas, cette gravité particulière reconnaît une autre cause qu'il importe plus que jamais de dénoncer, c'est la pratique déplorable et chaque jour plus répandue de négliger la bonne et classique réduction des fractures du radius, sous le prétexte qu'il vaut mieux les masser et les mobiliser tout de suite que de s'attarder à les réduire. Mais, s'il est vrai que cette interprétation vraiment décevante des indications du massage et de la mobilisation dans le traitement des fractures, est la première et la principale cause du nombre croissant des fractures du radius, aussi bien chez les travailleurs que chez les gens du monde, il n'en reste pas moins acquis qu'en nombre de cas la coexistence des désordres carpiens méconnus est le vrai coupable. Delbet vient de le rappeler à très bon droit.

Les autres points envisagés par notre collègue ne sont pas moins intéressants.

Son opinion sur le mécanisme des luxations ou des fractures du scaphoïde et du semi-lunaire n'est point celle des auteurs qui ont, le plus récemment, étudié la question ; il accorde au semi-lunaire ce que d'autres prêtent au pyramidal, et les conceptions, théoriques peut-être, mais en tout cas fort ingénieuses, de Hulot et de quelques autres chirurgiens sur la dislocation physiologique du poignet, ne paraissent pas conformes aux siennes, mais le fait clinique fort important de la plus grande fréquence des lésions traumatiques portant sur le scaphoïde et le semi-lunaire n'en trouve pas moins, dans ses recherches personnelles, une précieuse confirmation.

Au point de vue clinique, les observations de Delbet sont aussi fort utiles à retenir. Il est toutefois un symptôme dont il n'a point parlé et qui m'a paru presque pathognomonique sur deux de nos malades atteints de luxation en avant du scaphoïde et du semi-lunaire. Je veux parler de la fixation particulière du poignet, fixation telle qu'il semble cloué en extension.

Enfin, à l'égard du traitement, Delbet me paraît être dans la vérité tout à fait en considérant l'ablation des os luxés comme le traitement de choix et la possibilité de leur réduction convenable comme exceptionnelle. Sur l'un des deux malades dont je parlais il y a un instant et dont les radiographies sont publiées

dans la dernière édition du livre de Lejars, je n'ai eu qu'à me louer de cette manière de faire. Dans ce cas particulier de luxation par chute sur la paume de la main, le scaphoïde avait subi le mouvement de bascule si bien décrit par Delbet, et son extrémité inférieure saillait fortement en avant. Le semi-lunaire, coincé entre le radius et le grand os, avait été, suivant l'expression de Farabeuf, chassé en avant comme une bille, ne conservant plus que les attaches radiales dont Delbet vient de nous rappeler la solidité.

L'ablation de ces deux attaches s'est faite le plus simplement du monde et les suites de l'intervention se sont montrées parfaites au point de vue fonctionnel.

M. Nélaton. — J'ai eu l'occasion de voir une luxation du semi-lunaire et du scaphoïde, accompagnée d'une fracture du pyramidal. C'est ce que la radiographie démontrait. Cet homme avait eu cette luxation produite par la manivelle d'une automobile. Je n'intervins pas chirurgicalement et me bornai à le faire masser. Au bout de deux mois, il pouvait reprendre son service de mécanicien, quoique la flexion et l'extension du poignet fussent très limitées.

M. Kirmisson. — Je m'associe à la remarque de M. Delbet : au nom de la classification générale des luxations, on doit dire luxation du grand os, et non luxation du semi-lunaire, puisqu'on a l'habitude de considérer comme luxé l'os le plus éloigné du tronc. D'autre part, l'étude des radiographies montre bien que c'est la tête du grand os qui est déplacée, tandis que le semi-lunaire reste attaché au radius.

M. P. Segond. — Je ne suis pas très enclin à suivre notre collègue Nélaton dans ses tendances temporisatrices.

Des troubles nerveux immédiats ou tardifs et souvent très graves sont en effet trop fréquemment notés dans les nombreuses observations que nous pouvons maintenant compulser, pour ne pas les considérer comme la règle ou peu s'en faut. D'autre part, les faits publiés, et je viens de vous en citer un nouveau, prouvent que la première rangée des os du carpe peut être privée de l'un ou mieux de deux de ses osselets, sans que les fonctions ultérieures de la jointure en soient troublées. Je pense donc, avec Delbet, qu'en présence d'une luxation avérée du scaphoïde et du semi-lunaire, exception faite pour les cas récents et très rares dans lesquels il est possible de remettre les osselets à leur place par propulsion directe en bonne posture, le plus sûr est d'en pratiquer l'ablation immédiate. En cas de luxation ancienne, cette règle est, cela va de soi, plus formelle encore.

M. Pierre Delbet. — Ma communication a été très brève et par suite un peu obscure. Je n'ai peut-être pas bien réussi à faire voir quel est son but principal.

Ces lésions du poignet ont été depuis quelques années étudiées de bien des côtés et on leur a consacré de nombreux travaux sous les titres les plus divers. Tout récemment encore une thèse a été soutenue à la faculté sur ce sujet et elle est intitulée « Luxation du semi-lunaire ». Or j'ai voulu montrer que sous ces dénominations variées on trouve, lorsqu'on étudie les observations, un substratum de faits qui sont non pas identiques les uns aux autres — deux lésions traumatiques ne sont jamais parfaitement superposables — mais très voisins, assez voisins pour qu'on puisse les ranger dans le même groupe, les considérer comme des degrés variables d'une même lésion.

Cette lésion n'est pas, quoi qu'on ait dit et écrit, une luxation du semi-lunaire. Comme l'a très justement fait remarquer M. Kirmisson, quand on dit qu'un os est luxé, on entend toujours parler de son articulation proximale. On appelle luxation de l'humérus les déplacements qui se produisent non dans l'articulation du coude, mais dans celle de l'épaule. On entend par luxation du fémur des déplacements non du genou, mais de la hanche. La dénomination de luxation du semi-lunaire devrait donc s'appliquer à un déplacement du semi-lunaire sur le radius; or dans les traumatismes en question, ce déplacement est le dernier qui se produise. Le semi-lunaire est de tous les os du corps le plus solidaire des os de l'avant-bras.

La lésion n'est pas non plus une luxation radio-carpienne, ni une luxation médio-carpienne.

C'est essentiellement une luxation du grand os qui entraîne avec lui dans son déplacement non seulement les os de la seconde rangée du carpe et les métacarpiens, mais une partie des os de la première rangée.

Il est bien entendu que le semi-lunaire reste en place. Or, le semi-lunaire à part, il ne reste que deux os de la première rangée, le pyramidal et le scaphoïde, car le pisiforme ne compte pas.

Ces deux os se comportent de façons variables. Ou bien ils sont fracturés ou bien ils se déplacent en totalité. Et en s'appuyant sur ces différences on pourrait décrire minutieusement une grande variété de lésions. C'est un peu ce que l'on a fait. Or, j'estime que c'est là une mauvaise besogne, qui ne peut avoir d'autre résultat que de jeter la confusion dans l'esprit et l'incertitude dans la pratique. A mon avis, ce sont les faits contingents, accessoires, qui ne modifient pas le type de la lésion ni la thérapeutique.

Je crois, d'après ce que j'ai vu, que dans la majorité des cas, le

scaphoïde se fracture au niveau de son col. Je crois que cette fracture précède souvent la luxation du grand os. Le semi-lunaire avec la moitié interne du scaphoïde qui lui reste accolée constitue la véritable glène de la tête du grand os, de telle sorte que la luxation, si elle n'est pas pure au point de vue anatomique puisqu'elle comporte une fracture, est presque pure au point de vue physiologique.

De même une partie du pyramidal peut être arrachée et rester adhérente au semi-lunaire. Mais tout cela n'a qu'une importance secondaire. La lésion fondamentale reste une luxation dorsale du grand os qui entraîne partie ou totalité du scaphoïde et du pyramidal.

Quand le grand os est passé sur le dos du semi-lunaire, les faibles ligaments dorsaux sont en grande partie détruits, et alors la pression du grand os peut amener la bascule du semi-lunaire.

Je suis très reconnaissant à M. Segond de nous avoir rapporté un cas où le semi-lunaire était ainsi énucléé. Il a trouvé l'os au milieu des tendons fléchisseurs, complètement retourné, et cependant il a pu constater que le ligament radio-semi-lunaire était intact. Cette constatation est précieuse, car il y a bien peu des cas de ce genre où elle ait été faite.

Ainsi, même lorsque le semi-lunaire énucléé paraît égaré au milieu des tendons fléchisseurs, il conserve encore les connexions ligamenteuses avec le radius. Cela prouve bien que les choses se passent comme je vous l'ai dit, c'est-à-dire que le semi-lunaire, sous la pression du grand os luxé, bascule autour du ligament radio-semi-lunaire qui lui sert de charnière.

Au point de vue thérapeutique, M. Nélaton nous a cité un cas où le massage a donné un résultat relativement satisfaisant. Il existe un certain nombre d'observations analogues. Les malades récupèrent les mouvements des doigts, une certaine force, mais je ne crois pas qu'ils retrouvent jamais les mouvements du poignet. Le carpe reste rigide. Après la résection du semi-lunaire (avec ou sans fragments du scaphoïde et du pyramidal) suivie de réduction, on obtient un résultat plus complet. Aussi je crois que l'intervention est préférable.

Dans le cas de M. Nélaton, il n'y avait pas de troubles nerveux. Quand ces troubles existent, et ils sont très fréquents, il n'y a rien à attendre du massage. Chez le premier malade que je vous ai présenté il y a deux ans, la lésion datait de deux ou trois mois et les troubles nerveux ne faisaient que s'aggraver. Immédiatement après l'intervention les douleurs ont définitivement et complètement disparu.

En somme, il me semble que l'intervention est préférable dans

tous les cas et qu'elle est absolument nécessaire lorsqu'il existe des troubles nerveux.

Communications

Considérations sur deux cas de blessures du poumon

par M. LOISON

Les deux observations que nous allons rapporter, quoique d'importance inégale, nous semblent cependant, par certains côtés particuliers, mériter d'attirer l'attention. Dans un cas, il s'agit d'une plaie perforante du poumon par balle de revolver ; dans l'autre, d'une rupture sous-cutanée du poumon.

Observation. — Le sous-officier X..., du 27e régiment de dragons, à Versailles, se tire à bout portant, dans la nuit du 27 au 28 mars 1906, un coup de revolver d'ordonnance, modèle 1892, dans la région du cœur.

Le médecin du corps, prévenu aussitôt, trouva le blessé, vers une heure du matin, en état de choc intense, et hésita, en présence des signes d'hémorragie interne, à le faire transporter à l'hôpital.

L'hémorragie externe a été assez abondante sur le coup, et avant l'arrivée du médecin, le blessé a perdu au moins un demi-litre de sang.

On nettoie les plaies d'entrée et de sortie du projectile, et on enserre le thorax dans un pansement compressif. Vers cinq heures du matin, le pouls s'améliore et le blessé est transporté à l'hôpital sur un brancard.

A six heures, M. le médecin aide-major Peutot, qui a suivi et assisté le blessé avec un grand dévouement, note que la respiration est très pénible et précipitée. Le blessé, qui a toute sa connaissance, peut difficilement parler ; le pouls est petit, à 140. Le facies est celui de l'hémorragie interne, avec pâleur des téguments, battements des ailes du nez, un peu de cyanose des lèvres ; pas de refroidissement des extrémités.

On fait immédiatement une injection de sérum artificiel et à huit heures on transporta le blessé à la salle d'opérations. Le pouls est un peu remonté, mais bat toujours à 140.

Le pansement est enlevé et on constate qu'il est complètement traversé par le sang, au niveau de la plaie d'entrée.

Celle-ci siège à mi-distance entre le mamelon gauche et le bord gauche du sternum, à un bon travers de doigt au-dessus de l'horizontale passant par le mamelon. C'est un orifice arrondi, taillé en biseau de dedans en dehors, d'un centimètre de diamètre environ, à bords un peu déchiquetés. Les mouvements respiratoires un peu violents font sourdre par la plaie du sang noir mélangé d'air.

L'orifice de sortie, en forme de croissant vertical, de huit à dix millimètres dans sa plus grande dimension, est exsangue; il siège un peu en arrière de la ligne axillaire postérieure gauche, répond au septième espace intercostal et se trouve à six ou sept centimètres plus bas que l'orifice d'entrée.

Craignant d'après la situation de l'orifice d'entrée et le trajet de la blessure que le péricarde et peut-être la surface du ventricule gauche aient été atteints par le projectile, je procède à une thoracotomie exploratrice, avec l'assistance de mon excellent collègue et ami, M. le médecin principal Dziewonsky, qui veut bien me confier le bistouri.

Le blessé paraissant trop faible pour supporter l'anesthésie générale, on lui fait seulement respirer un peu d'éther sur un tampon.

Un débridement préalable de l'orifice d'entrée permet de constater que l'hémorragie ne vient pas de la paroi thoracique, mais de la profondeur; du sang sort en abondance à chaque mouvement d'expiration.

La balle a pénétré par le troisième espace intercostal qu'elle a ouvert largement, en rasant le bord supérieur de la IVe côte, lequel se trouve dénudé, mais non fracturé. L'index introduit dans la cavité pleurale perçoit les battements violents et tumultueux du cœur, mais ne peut préciser l'état du péricarde. Après incision large des parties molles de l'espace intercostal et écartement des côtes limitantes, l'œil ne peut non plus y voir suffisamment pour permettre d'affirmer l'intégrité du sac péricardique.

L'hémorragie continuant, pour en rechercher la source, je relève rapidement un volet à charnière externe, au moyen d'une incision en U, tangente par son sommet au bord gauche du sternum et dont les deux branches passent, l'une par le 3e espace, l'autre par le 5e espace, et s'étendent obliquement en haut et en arrière, jusqu'à 3 centimètres environ en arrière de la ligne mamillaire. Après section en biseau des 4e et 6e cartilages costaux, près du bord sternal, et incision des parties molles des 3e et 4e espaces, je fais soulever le volet comprenant les IVe et V^{e} côtes, sans les sectionner ni les fracturer à leur partie externe pour constituer une charnière.

La voie de pénétration est largement suffisante et permet à la main et à l'œil d'explorer la cavité pleurale gauche. Le cœur est animé de mouvements tumultueux; le diaphragme se contracte d'une façon spasmodique et désordonnée; le poumon de son côté présente des mouvements de va-et-vient saccadés. Le blessé respire difficilement, le pouls s'affole et les lèvres se cyanosent. Trois pinces, placées rapidement sur les bords antéro-inférieurs des deux lobes pulmonaires, permettent de tirer le poumon en bas et de le fixer. Le calme renaît immédiatement et le patient se sent soulagé.

Le péricarde est intact et ne contient pas de liquide. Avec des compresses de gaze, on enlève le sang qui remplit le cul-de-sac postéro-inférieur de la plèvre; avec la main passée en arrière du poumon, on le soulève en avant et on met à jour une large déchirure de six à sept centimètres de profondeur, occupant toute l'épaisseur du bord

antéro-inférieur du lobe supérieur. La plaie pulmonaire saigne peu en ce moment; sa surface irrégulière et tapissée de caillots laisse passer l'air. Aussi rapidement que possible, je réunis par un surjet à points profonds, au catgut, les deux lèvres de la base de la fente, en suturant d'abord la face externe, puis la face interne, tandis qu'en avant, près du bord tranchant du lobe, je pratique l'accolement en faisant des sortes de points de capiton perforant simultanément les deux faces pleurales.

L'exploration ne révélant aucune blessure du lobe inférieur du poumon, ni du diaphragme, je procède à la toilette de la plèvre avec des compresses et rabats le volet.

Deux catguts passés à travers le périchondre des cartilages incisés les maintiennent au contact. Les muscles profonds sont réunis par des sutures au catgut, puis des crins rapprochés sont placés sur la peau. Faute d'une aiguille de courbure suffisante, je ne pus comprendre la plèvre dans les sutures profondes.

Un gros drain plongé dans la cavité pleurale sort par la partie postérieure de l'incision inférieure et son orifice externe est obturé par une pince à pression d'abord, puis par un fil de soie fortement ligaturé.

Un crin de Florence suffit pour obturer l'orifice de sortie cutanée du projectile.

Après nous être assurés que la suture est partout étanche à l'air, nous plongeons le trocart moyen de l'appareil Potain, à travers le neuvième espace en arrière et faisons le vide dans la cavité pleurale.

Un épais pansement ouaté, légèrement compressif, enveloppe le thorax et le blessé est reporté dans son lit.

La respiration est gênée; le pouls bat toujours à 140. On réchauffe le blessé; on le couche la tête basse et on lui fait une nouvelle injection de sérum artificiel. Le pouls reprend un peu d'intensité et le blessé ne se plaint que des soubresauts de son diaphragme.

A 2 heures de l'après-midi, l'état général est plutôt amélioré; le pouls est bien frappé à 130; la respiration est toujours précipitée, et pour calmer la douleur très vive occasionnée par les spasmes fréquents du diaphragme, on injecte 1 centigramme de morphine.

A 4 heures, nouvelle injection de 800 grammes de sérum. L'état général s'améliore de plus en plus. Pendant toute la soirée, le blessé est très calme et ne souffre presque pas.

A 9 h. 30 du soir, l'amélioration persiste et s'accentue. Le pouls est bon, à 120. T = 37° 7. Les lèvres restent un peu cyanosées.

Pendant la nuit, le malade d'abord somnolent, est ensuite agité et délire un peu.

29 *mars*. — L'amélioration de la veille au soir a fait place ce matin à un état grave de prostration. Le blessé se plaint beaucoup des soubresauts de son diaphragme; la respiration est haletante; le pouls bat faiblement à 140; la température est de 38°,2, et les accès de délire sont fréquents. La cyanose des lèvres a augmenté.

On ouvre le pansement. Les sutures tiennent bien et ne laissent pas

passer l'air; il n'y a pas d'emphysème sous-cutané, sauf en arrière où il en existe une plaque peu étendue dans la région interscapulaire. On branche un tube en caoutchouc sur le bout du drain intra-pleural que l'on ouvre, et par aspiration on retire 200 centimètres cubes environ de sérosité sanguinolente, mélangée d'un peu d'air. On referme le drain avec une pince et on réapplique le pansement.

Le blessé se sent tout d'abord soulagé et respire plus facilement. Mais ensuite la dyspnée reparaît et le pouls faiblit de plus en plus, malgré une nouvelle injection de sérum et plusieurs injections d'éther.

Le délire devient presque continu et à midi le pouls bat très faiblement à 160. La cyanose augmente progressivement; on fait encore plusieurs injections d'éther et de caféine, mais l'état général empire et le blessé meurt à 3 h. 30 du soir.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Voilà, exposé dans sa brutale simplicité, le drame auquel nous avons assisté et dont nous avons cherché à modifier le dénouement.

Nous devons maintenant soumettre à la critique la conduite que nous avons cru devoir suivre.

1° *Fallait-il intervenir?* La raison principale et même unique, pourrions-nous dire, qui nous a décidé à intervenir était la possibilité d'une blessure du péricarde et de la surface du cœur. Le trajet suivi par la balle permettait de le supposer et c'est pour lever ce doute que nous avons entrepris une thoracotomie exploratrice.

Le cœur et son enveloppe étaient intacts, mais la déchirure du poumon était tellement large que nous avons jugé à propos d'en réunir les bords par des sutures, de façon à arrêter la sortie de l'air à sa surface et à assurer l'hémostase définitive, car si l'hémorragie était faible à ce moment, elle aurait pu se reproduire avec la disparition du choc et le relèvement du pouls.

Nous avons en outre pu faire la toilette de la plèvre. En l'ouvrant plus largement qu'elle ne l'était, nous avons évidemment augmenté le pneumothorax, mais sa fermeture assurée, nous avons ensuite retiré l'air par aspiration.

Notre intervention a donc eu pour but essentiel de nous rassurer sur l'état du cœur; accessoirement nous avons traité la lésion pulmonaire et pleurale. D'exploratrice, en principe, la thoracotomie est devenue curatrice, en tentative.

2° *L'intervention a-t-elle été nuisible?* Nous croyons pouvoir répondre hardiment, non. L'acte opératoire n'a pas été nuisible, puisque pendant l'après-midi et la nuit qui ont suivi, un mieux évident s'est produit.

Laissons de côté le cas particulier, pour généraliser la question, et demandons-nous s'il faut intervenir dans les blessures du poumon, par coup de feu, s'accompagnant de symptômes inquiétants d'hémorragie externe et interne? La question ne semble pas complètement résolue, à en juger du moins par les idées tant soit peu discordantes émises par certains chirurgiens actuels.

Le clan des abstentionnistes compte parmi ses représentants les plus convaincus et les plus distingués Lucas-Championnière (1). Pour lui, l'abstention systématique et sans transaction est le véritable traitement des plaies de poitrine. L'immobilité absolue, les injections de sérum artificiel et de morphine et les purgatifs au bout de quelques jours constituent la base du traitement.

Le groupe des interventionnistes, composé de chirurgiens qui préfèrent, dans les cas graves, l'action à l'inertie, est encore peu nombreux ; mais tous les jours il fait de nouvelles recrues et l'avenir semble lui appartenir.

Le récent et important travail de Garré (2) expose nettement l'état de la question et conclut d'une façon ferme à l'intervention, dans les cas présentant des symptômes sérieux, les seuls du reste dont il s'occupe, ainsi qu'il prend soin de le faire remarquer dès le début.

D'après le chirurgien allemand, sur 535 coups de feu du poumon publiés dans ces derniers temps, la mortalité a été de 30 pour 100. La moitié des cas, dit-il, sont des blessures de guerre, mais leur mortalité n'est pas plus considérable que celle des plaies observées dans la vie civile, cette dernière oscillant entre 25 et 55 pour 100, d'après les travaux récents. Si on élimine les cas où la mort résulte de lésions concomitantes d'autres organes, et ceux où elle provient d'une hémorragie interne, profuse et hâtive, il reste encore 5 à 6 pour 100 des blessés qui ont le temps d'être apportés et traités dans un hôpital. Garré a acquis cette conviction, en lisant 150 observations avec autopsie, recueillies dans la littérature.

Les cas de blessure du poumon par coup de feu soumis à l'intervention chirurgicale directe, après thoracotomie, sont trop peu nombreux pour que l'on puisse tirer de leur étude des conclusions précises. Sans parler du cas d'Amboni (1884), qui fut suivi de décès par pyémie au septième jour, et dans lequel le traumatisme opératoire n'a pas aggravé l'état du blessé, nous pouvons citer l'observation de Thiel (3). La balle avait traversé les deux lobes du pou-

(1) *Centralblatt f. Chirurgie*, 1902, p. 923.
(2) *Archiv. f. Klin. Chirurgie*, 1905, t. 77, p. 209.
(3) *Académie de médecine de Paris*, 16 mai 1899.

mon gauche; la thoracotomie permit de suturer les orifices des blessures pulmonaires et le succès récompensa l'audace du chirurgien.

3° *Quelle a été la cause de la mort?* Nous l'ignorons complètement, la présence de la famille n'ayant pu permettre la pratique de l'autopsie.

Faut-il invoquer une action réflexe partant du poumon et de la plèvre irrités, comparable à celle que l'on observe au cours de la ponction de certains épanchements pleuraux qui sont suivis de mort rapide, si difficile à expliquer (Lucas-Championnière)?

Observation II. — O..., 22e régiment d'artillerie, âgé de 22 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Le 28 mars 1906, étant monté sur le siège d'un caisson d'artillerie, il fut projeté sur le sol et une roue du canon lui passa en écharpe sur le dos, de la hanche gauche à l'épaule droite.

Il ne perdit pas connaissancc, fut relevé et transporté directement à l'hôpital militaire de Versailles, où il fut placé dans le service de M. le médecin principal Dziewonsky.

A l'entrée, deux heures environ après l'accident, il présenta une forte dyspnée, l'empêchant de parler. Les lèvres et la face sont cyanosées; le pouls est petit et fréquent. On ne constate ni fracture de côtes, ni épanchement de liquide dans les plèvres. Dans le poumon gauche on entend quelques râles humides disséminés; du côté droit il existe des signes de pneumothorax total. Il n'y a pas de plaie des téguments de la poitrine, pas d'emphysème sous-cutané. Le patient ne tousse pas et ne crache pas de sang.

Il existe en outre une fracture de l'humérus gauche au tiers supérieur, une subluxation de l'extrémité externe de la clavicule droite et une entorse tibio-tarsienne gauche, lésions qui évoluèrent normalement et que nous ne citons que pour mémoire.

29 *mars*. — Le décubitus horizontal fatigue le blessé, qui se trouve beaucoup mieux en position demi-assise dans son lit. La dyspnée est un peu moindre, mais la cyanose persiste sensiblement au même degré.

2 *avril*. — La figure a repris sensiblement sa coloration habituelle et la dyspnée n'empêche plus le sujet de parler. Pouls petit et fréquent.

10 *avril*. — La percussion et l'auscultation de la plèvre et du poumon gauches indiquent un état normal.

Le cœur reste fortement dévié à gauche, sa pointe bat au sixième espace, à deux travers de doigt en dehors de la ligne mamillaire gauche. Le pouls est régulier, fort, à 88.

Il existe une dilatation en masse de l'hypochondre droit, avec abais-

sement du foie. Son tympanique aigu dans toute la hauteur de la plèvre droite, sans la moindre trace de matité à la base. On n'entend nulle part le murmure vésiculaire, mais dans toute la hauteur on perçoit du souffle amphorique très fort. Pas de tintement métallique ; pas de succussion hippocratique. Le bruit d'airain produit par la percussion de deux pièces de monnaie est très net.

Le patient se trouve mieux assis que couché et ne présente pas la moindre élévation de température.

11 *avril.* — Le pneumothorax ne régressant pas, je pratique au 6e espace droit, sur la ligne axillaire moyenne, une ponction avec le trocart de l'appareil Potain, pour évacuer l'air. Le vide étant fait dans le flacon, on perçoit un sifflement produit par l'air sortant de la plèvre et passant à travers la canule et le tube en caoutchouc de l'appareil. On renouvelle l'opération cinq fois de suite, en procédant lentement, pour ne pas amener une décompression trop rapide du poumon qui aurait pu produire une réouverture de la blessure du parenchyme, ou une congestion trop intense de l'organe. Il n'est pas sorti la moindre goutte de liquide de la cavité pleurale.

Pendant l'aspiration de l'air, le sujet s'est plaint d'une sensation de dyspnée, avec tiraillements dans la poitrine; les lèvres prenaient par moments une teinte cyanotique. Le pouls fléchissait pendant l'évacuation, puis redevenait bon et fort dans l'intervalle.

A la fin de l'opération, on constate que le cœur a repris sensiblement sa place normale; la pointe bat au 5e espace, en dedans du mamelon. L'hémithorax droit est moins dilaté et le foie est remonté en partie.

La percussion donne un son tympanique moins aigu. A l'auscultation, en arrière, on entend toujours du souffle amphorique, mais par places on perçoit le murmure vésiculaire et quelques râles.

12 *avril.* — Le patient se trouve soulagé, respire facilement et marche sans essoufflement. Le pouls est bon ; la face bien colorée. La pointe du cœur bat au quatrième espace, en dedans du mamelon.

13 *avril.* — Le blessé se trouve très bien. Le murmure vésiculaire s'entend au sommet et à la partie moyenne du poumon, tandis qu'à la base on perçoit encore du souffle amphorique.

15 *avril.* — État tout à fait satisfaisant. Le sujet dort bien et ne présente plus la moindre oppression pendant la marche. La respiration s'entend dans toute la hauteur du poumon, sans aucun bruit anormal, amphorique, ou autre. La pointe du cœur continue à battre au 4e espace, en dedans du mamelon. Pouls régulier et fort.

Le blessé reste en traitement pour sa fracture de l'humérus.

Dans ce cas la rupture sous-cutanée du poumon a été vraisemblablement peu étendue, puisqu'il ne s'est pas produit d'épanche-

ment sanguin dans la cavité pleurale et qu'il n'y a pas eu de crachement de sang. Le pneumothorax, par contre, a été très développé et peut-être faut-il attribuer à sa présence l'hémostase pulmonaire. Il s'agissait probablement d'un pneumothorax à soupape, d'origine traumatique, analogue à celui qu'ont décrit les médecins : par suite du trajet oblique de la blessure, qui avait dû intéresser un rameau bronchique important, l'air pulmonaire continuait à entrer dans la cavité pleurale pendant les efforts faits par le blessé, mais il ne pouvait en sortir. Il s'accumule dans la séreuse, en tension forte et suffisante pour affaisser complètement le poumon de ce côté, dilater l'hémithorax, abaisser le foie, et refouler la cloison médiastine, en gênant le fonctionnement du poumon de l'autre côté et en déplaçant sérieusement le cœur.

Généralement la plaie pulmonaire se ferme très rapidement et l'air épanché dans la plèvre se résorbe au bout de quelques jours.

Notre blessé était au quatorzième jour de son accident, et le pneumothorax restait complètement stationnaire, lorsque nous avons décidé de pratiquer une ponction évacuatrice. Nous redoutions, en effet, que sous l'influence d'un effort, une syncope dangereuse ne vînt à se produire.

Notre intervention a eu immédiatement un effet favorable, sur lequel il nous semble inutile d'insister.

Bornons-nous simplement à dire quelques mots sur la manière dont il faut pratiquer l'aspiration de l'air contenu dans la plèvre, qu'il s'agisse d'un pneumothorax d'origine pulmonaire ou pariétal, alors que la plaie de communication avec l'extérieur se trouve fermée.

On met la cavité pleurale en communication avec le flacon de l'appareil Potain, dans lequel le vide a été préalablement fait, mais on n'est pas toujours certain que l'air sorte réellement de la cavité pleurale. Lorsqu'il s'agit d'un liquide, on constate son passage au niveau de l'index intercalé sur le tube en caoutchouc réunissant le trocart à la bouteille; mais l'air ne se voit pas, et rien n'indique son issue d'une façon certaine. Il nous paraît très simple de remédier à cet inconvénient : il suffit d'intercaler, entre le trocart et le récipient à vide, un flacon rempli à moitié d'eau stérilisée, fermé par un bouchon en caoutchouc traversé par deux tubes en verre, l'un, le tube du côté pleural, plongeant au fond du liquide; l'autre, celui qui correspond à la bouteille à vide, se terminant à la face inférieure du bouchon. L'air sortant de la plèvre, vient alors barboter dans le liquide, et son passage est ainsi rendu évident à l'œil.

L. Picqué. — La question soulevée par M. Loison me paraît mériter l'attention de la Société et justifier son inscription à notre ordre du

jour. Notre collègue nous relate le cas d'un coup de feu du thorax, et son intervention a été suivie de mort. Il se demande avec beaucoup de franchise si la mort a été la conséquence de cette intervention et quelle conduite à tenir dans les cas de ce genre. Pour ma part, dans deux cas analogues, je suis intervenu immédiatement et mes malades ont guéri. Je crois qu'il est impossible d'hésiter dans ces conditions, et je voudrais que nos collègues apportassent leurs observations sur cette question.

Le dernier cas que j'ai vu date de huit jours à peine : coup de feu du thorax tiré à bout portant au niveau du mamelon gauche. Épanchement pleural notable.

Je taille un volet en avant pour examiner l'état du péricarde, que je trouve sain. Je pratique en outre, une pleurotomie postérieure pour évacuer l'épanchement, et le malade est en voie de guérison.

Je vous apporterai prochainement la relation complète de ces deux cas.

Je demanderai à M. Loison l'état de rétraction du poumon chez son malade. Chez le mien le poumon n'avait subi aucune rétraction, il venait à chaque respiration au contact des côtes. En avant il faisait dans l'expiration une notable hernie entre les lèvres de la plaie.

Il n'existait naturellement aucune adhérence anormale.

Quant à la dyspnée, M. Loison la considère comme normale au cours de l'opération. Mon malade n'a présenté aucune dyspnée, pendant toute la durée de l'anesthésie : il n'en a pas présenté depuis.

M. Loison. — En réponse à la question qui m'est posée par M. Picqué, je puis lui répondre que le poumon n'était qu'à moitié affaissé chez mon malade, à la suite de l'ouverture de la cavité pleurale. L'absence de rétraction plus complète tient sans doute à ce que le parenchyme présentait un certain degré de congestion dû au traumatisme.

Quant au second point, l'augmentation de la dyspnée après le relèvement du lambeau, elle a été très nette et son atténuation notable après la traction effectuée sur le poumon n'a pas été moins évidente.

Perforation intestinale avec adénopathie suppurée du mésentère au cours de la fièvre typhoïde

par H. TOUSSAINT

Aucune observation, d'après nos recherches bibliographiques, n'a jusqu'alors été publiée dans laquelle il soit relaté et spécifié que le traitement chirurgical de la perforation de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde n'est pas tout, et qu'un autre, concomitant, devait parfois lui devenir connexe et se surajouter, nous voulons parler de celui de l'adénopathie suppurée du mésentère.

C'est ce point spécial, la *coexistence* de la polyadénite suppurée mésentérique avec la perforation intestinale, toutes deux d'origine typhoïdique, qu'il nous paraît utile de signaler à votre attention.

Le 8 septembre 1905, à 5 heures du soir, j'étais appelé près d'un soldat, en traitement depuis le 3 à l'hôpital Bégin pour fièvre typhoïde; l'invasion remontait à une dizaine de jours, qu'il avait passés dans sa famille, où il se trouvait en permission.

Aux signes habituels de la péritonite par perforation, dont le début net, vomissements bilieux, douleur térébrante et angoissante dans la région sous-ombilicale droite remontait à 24 heures, se joignaient deux autres signes, pour nous cardinaux, caractérisés, le premier par le ténesme vésical, à tel point qu'on avait cru devoir faire le cathétérisme, et que la vessie avait été trouvée vide; le second par, lors de la percussion des fosses iliaques, l'existence d'une bande de submatité parallèle aux arcades crurales qu'elle dépassait d'un travers de doigt.

Cette submatité me permit d'affirmer, d'après le résultat d'expériences cadavériques contrôlées par la clinique, que la cavité pelvienne renfermait plus de 1200 grammes de liquide, et que ce pyo-pelvis, s'était, sans doute, si rapidement formé, parce qu'il devait exister une perforation assez large de l'intestin, pour avoir permis le déversement de son contenu dans le bas-fond de la cavité abdomino-pelvienne. La laparotomie faite à 9 heures du soir, par l'incision de J. Roux, me mit, en effet, en face d'un épanchement intra-péritonéal de deux litres environ, débordant le petit bassin.

La masse intestinale, ainsi délogée et refoulée, surnageait; de sorte que le météorisme était plus apparent que réel; la valeur de ce fait clinique est loin d'être négligeable. En revanche, le ténesme vésical et la vacuité de la vessie devaient bien avoir été le fait de la compression de l'organe par l'épanchement pelvien.

Le liquide était formé par ce bouillon sale, bien connu, dans lequel flottaient des débris de matière fécale et des strates de fibrine inflammatoire péritonéale.

A 15 centimètres au-dessus de sa terminaison l'iléon présentait une perforation, dans laquelle une plaque de Peyer sphacélée était engagée, sous forme de bouchon. Elle fut amenée au dehors par l'expression, entre les doigts, des bords de la solution de continuité; puis, cette perte de substance fut fermée par une suture en bourse au fil de lin, et complétée par quatre points transversaux à la Lembert. C'est alors que nous nous rendons compte, et nous les montrons à nos assistants, de la présence de *deux ganglions* mésentériques du volume d'une grosse noix, tous deux fluctuants, mais à coque assez résistante pour ne pas menacer d'ulcération.

Contre-ouverture dans la fosse iliaque gauche, drainage bila téral et lavage de la cavité péritonéale avec quatre litres de sérum à 45 degrés.

L'opéré accuse le lendemain un bien-être marqué; la voix n'est plus éteinte, le pouls, encore irrégulier, dicrote, est mieux frappé; tout vomissement a cessé, et la température de 39°,8 est tombée à 37°,5. Mais, le surlendemain, 36 heures après l'opération, la température remonte à 38° 8, et la mort survient par collapsus cardiaque, malgré les injections de sérum à haute dose.

Nous voyons à l'autopsie que la suture intestinale résiste, non seulement au courant d'eau, qui traverse l'intestin, mais encore à un bol très dur de matière fécale qui a été mobilisé et qui reste engagé contre elle sans la faire éclater.

Quant aux deux ganglions, vidés de la moitié au moins de leur contenu, ils sont réduits au volume d'une amande, à coque ramollie, mais non perforée, renfermant du pus fluide, blanc crémeux.

Ces jours derniers nous assistions à l'autopsie d'un typhoïdique, laparotomisé pour une perforation, de la surface d'une lentille, qui siégeait sur la fin de l'iléon.

Au centre d'une polyadénite du mésentère se trouvait un ganglion ramolli et suppuré. Là encore nous remarquons, comme chez le sujet de notre observation, que ce sont seules les traînées ganglionnaires, exactement situées à hauteur et en regard du segment d'intestin où la perforation s'est accomplie, qui apparaissent en relief sur l'éventail mésentérique.

Par le *manuel opératoire* suivant on énuclée très vite ces ganglions suppurés. Embrassant dans la main gauche, pouce en avant, l'iléon au niveau de sa perforation suturée, on glisse les quatre autres doigts loin en arrière du mésentère, pour le soulever et l'étaler. Un coup de bistouri entamant le feuillet antérieur du péritoine au niveau du ganglion, lui ouvre une porte de sortie; la pression latérale des doigts achève l'énucléation.

Attendons la publication de faits cliniques pour savoir s'il suffirait seulement de ponctionner avec le trocart ces collections.

Quoi qu'il en soit dès maintenant, le chirurgien, qui aura *abandonné à leur évolution* ces abcès ganglionnaires, n'encourra-t-il pas un reproche mérité et quelque peu troublant?

Car, leur résorption ne sera-t-elle pas devenue la goutte faisant, chez un organisme épuisé par une fièvre typhoïde, qui en est habituellement à son troisième septénaire, déborder le vase de l'infection septico-pyohémique?

Ce n'est pas l'acte chirurgical qui tue, dit M. Lejars, et lorsqu'on voit des malades aussi profondement infectés, presque agonisants, faire preuve encore d'une pareille résistance, n'est-il pas légitime de croire, d'espérer, qu'à une heure moins tardive, nous pourrons les sauver? *(Traité de chirurgie d'urgence.)*

Mais encore, pour que nos opérés ne meurent pas *guéris de leur perforation*, faut-il se souvenir, pour le mettre en pratique, du vieux principe : *ubi pus, ibi evacua.*

Comme il est à présumer, sinon à certifier, que chaque fois qu'il y a perforation suite de sphacèle intestinal, les ganglions mésentériques sont en voie de suppuration, ne s'ensuit-il pas l'indication thérapeutique d'aller se rendre compte de leur état, et la sommation opératoire de vider la collection purulente n'en est-elle pas la conséquence forcée?

Bien entendu, plus l'intervention sera hâtive, plus tôt la perforation intestinale aura été aveuglée à son point initial, moins sera accusé le retentissement ganglionnaire, et plus la suppuration sera évitable.

D'ailleurs, pourquoi ne pas suivre ici la conduite tenue par Bouilly et par quelques autres, qui lorsqu'au cours d'une appendicectomie, rencontrant, sans, il est vrai, l'avoir recherché de parti pris, un ganglion suppuré, se sont hâtés d'en faire l'extirpation, guérissant ainsi leurs opérés?

En 1901, Bonjour, dans sa thèse sur les *adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite*, a donné cette conclusion : « les adénites suppurées du mésentère doivent être incisées. Au point de vue clinique, ces adénites sont le plus souvent méconnues; ce sont des trouvailles d'opération. »

Eh bien! en ce qui concerne la fièvre typhoïde compliquée de perforite intestinale, pour qu'on ne se trouve pas en face de ces trouvailles non pas d'opération, mais d'autopsie, que le chirurgien prévenu pousse dorénavant son investigation vers les ganglions du mésentère. Nous savons tous que, si le succès opératoire de la perforation de l'intestin est habituel, le navrant insuccès thérapeutique de l'intervention n'est que trop souvent la règle; et l'une de ses causes semble bien être le point que nous signalons.

Fix et Gaillard précisent que dans les cas où la recherche de la perforation serait infructueuse, il deviendrait indispensable, avant de refermer la cavité péritonéale, d'examiner les ganglions mésentériques, dont les lésions ulcéreuses pourraient être la cause de la péritonite purulente.

Dans leur travail *(Archiv. méd. milit. 1903)*, ils ne nous apportent cependant aucune observation relative à cette complication.

Pour Brouardel et Thoinot *(Traité de médecine et thérapeutique, 1905)*, la terminaison par suppuration des ganglions du mésentère chez les typhoïsants est rare. Elle envahit tout ou partie du ganglion; la membrane d'enveloppe fibreuse peut s'ulcérer, se rupturer et enflammer la séreuse péritonéale.

Louis et Jenner ont publié des observations de péritonite causée par la rupture de ces ganglions mésentériques. (*Dict. méd. chir prat. Fièvre typhoïde.* HOMOLLE).

Fraenkel a rapporté un cas de péritonite mortelle, au cours d'une fièvre typhoïde, provoquée par l'éclatement d'une poche ganglionnaire abcédée du mésentère.

Chez un typhoïdique, au septième jour d'une perforation intestinale qui avait semblé s'enkyster, Audet fait la laparotomie. L'opéré meurt neuf jours après, et l'autopsie montre qu'à la face inférieure du foie il existe une poche contenant du pus épais paraissant provenir de la fonte d'un ganglion *lymphatique.* (*Archiv. méd. militaire, 1899*).

Ne perdons donc pas de vue ces cas de péritonite mortelle consécutive à l'adénopathie suppurée du mésentère, qu'elle soit associée ou non à la perforation de l'intestin.

Que leur connaissance incite désormais, lors de la laparotomie, à aller passer en revue, pendant qu'on tient en main l'intestin, le chapelet ganglionnaire de son méso et à le traiter, suivant l'indication, soit par la ponction, soit par l'énucléation; en tout cas, à ne pas abandonner à elle-même cette polyadénite, si elle est suppurée.

On ne saurait enfin trop répéter que le bilan des succès thérapeutiques de la laparotomie pour perforation intestinale compliquée ou non d'adénopathie suppurée du mésentère, au cours de la fièvre typhoïde, sera d'autant plus élevé et satisfaisant, que le *médecin* l'aura lui-même préparé, et non compromis, en livrant, en confiant son malade au chirurgien dès l'apparition des premiers signes de la péritonite.

Présentations de malades

Restauration prothétique mandibulo-faciale.

M. Pierre Sebileau. — Je vous présente un malade à qui j'ai pratiqué une vaste résection atypique de l'infrastructure des deux mâchoires supérieures. Ce malade me fut adressé, il y a quelques mois, par un de nos confrères dentistes, qui, ayant commencé sur lui une ablation d'un néoplasme de la mâchoire supérieure, se trouva, à un moment donné, débordé par l'hémorragie, l'étendue des lésions, et l'importance d'une opération dont il n'avait pas au préalable mesuré toutes les éventualités.

Ce néoplasme était un sarcome à petites cellules; il formait une tumeur bourgeonnante, rouge, saignante, à caractère fongoïde, qui, du massif incisif où elle avait pris naissance, s'étendait de chaque côté sur les mâchoires supérieures. Les incisives, les canines, les prémolaires étaient tombées ou ébranlées; tout le rempart alvéolaire était infiltré jusqu'au sillon gingivo-jugal; le plancher de la fosse nasale, détruit, laissait passer à son travers des bourgeons néoplasiques jusque dans le méat inférieur et, des deux côtés, l'opacité des sinus maxillaires indiquait leur pénétration par le néoplasme.

J'ai donc pratiqué, par la voie buccale, une vaste résection atypique. Deux récidives survenues sur le bord droit de la brèche, au cours de l'épidermisation, m'ont obligé à des interventions secondaires.

Le malade se présente aujourd'hui avec une brèche énorme dans laquelle s'enfoncent d'une manière disgracieuse les téguments de la joue et de la lèvre supérieure. Un large trou s'étend d'une dent de sagesse à l'autre; on y voit, au milieu, la cloison nasale, dont la moitié inférieure a été détruite, et le dessus des sinus, dont les parois ont été en grande partie réséqués; le cornet inférieur gauche est en place.

L'opéré est défiguré; il parle d'une manière presque inintelligible. Il ne peut mastiquer.

Sur ma prière, M. Delair a combiné et exécuté pour lui un appareil très ingénieux qui corrige, d'une manière vraiment extraordinaire, les troubles de la parole, permet la mastication, rétablit très heureusement la plastique faciale.

Cet appareil se compose de deux pièces, l'obturateur proprement dit, la pièce dentaire. Le premier est en aluminium fondu de un millimètre et demi d'épaisseur. Il s'étend de la lèvre supérieure à la moitié du voile du palais intact; il embrasse les deux tubéro-

sités, sur une desquelles reste fixée une dent de sagesse gauche. Il est surmonté de deux éminences coniques et parallèles entre lesquelles est ménagée une tranchée emboîtant le vomer et le cornet inférieur gauche qui reste. Cette pièce concave ne pèse que 35 grammes. Un petit mécanisme en or forgé, afin de faire ressort, y est fixé par trois rivets, et le ressort est terminé par deux tiges rondes, courtes, formant cliquet sur la pièce dentaire percée en avant sur la fausse gencive de deux trous correspondants.

L'appareil dentaire en caoutchouc durci et muni de dents de porcelaine est également mince et creux, sa base palatine forme la cloison de l'appareil les deux pièces étant réunies.

Deux puissants ressorts spiraux en or maintiennent en haut l'appareil combiné et une pièce dentaire du bas sert de support aux ressorts.

L'opéré place d'abord son appareil obturateur volumineux d'aluminium en place, il y ajoute ensuite la pièce dentaire du haut. Pour la retirer il soulève avec l'ongle le cliquet d'or et la pièce dentaire se détache seule.

Les deux appareils du haut réunis ont sept centimètres de hauteur, il était donc de toute nécessité de les séparer afin de les introduire isolément et ensuite les réunir.

Sans l'appareil l'opéré a la parole incompréhensible, il parle normalement avec et sa mastication est rétablie aujourd'hui. Il va pouvoir reprendre son service comme gardien de la paix dans le XVIII[e] arrondissement.

Plaie de la moelle par balle de revolver. Laminectomie

M. J.-L. FAURE. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un malade dont voici l'observation :

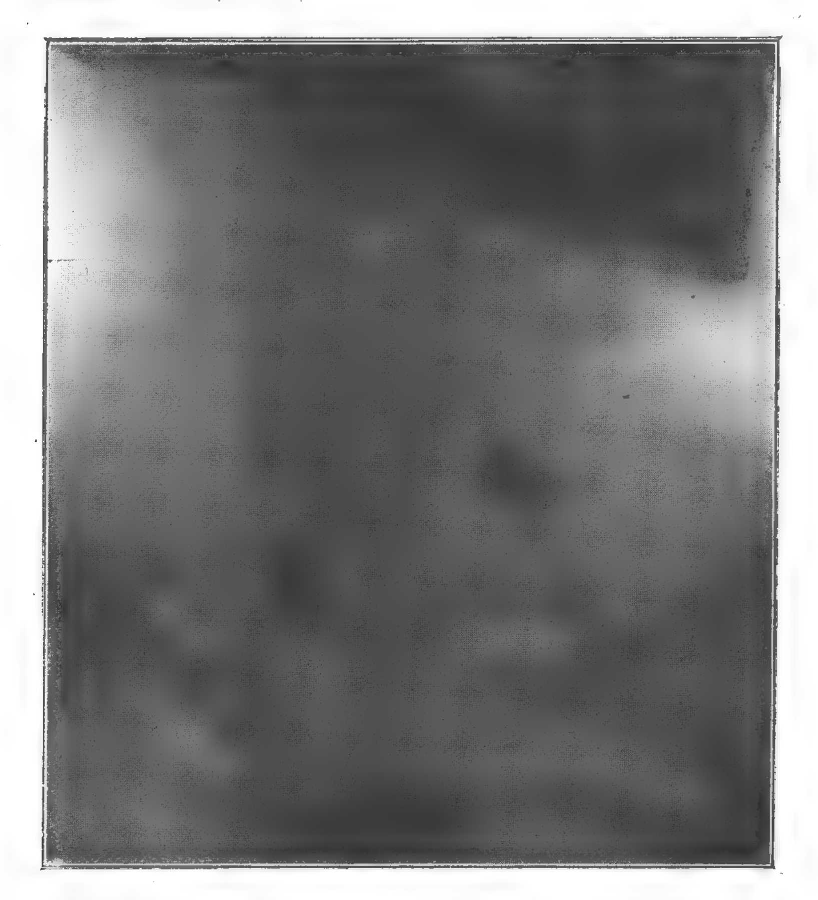
Cha..., 25 ans, dans la nuit du 17 au 18 décembre 1905, a reçu deux balles de revolver dans la région cervicale. Il tombe et reste étendu pendant deux heures, pouvant exécuter quelques mouvements avec les membres supérieurs, mais aucun avec les membres inférieurs.

On le transporte à l'hospice d'Ivry. Il semble qu'il y ait alors des phénomènes de choc nerveux. Le lendemain matin 18 décembre, on fait examiner le malade avec soin. Il y a une paraplégie à peu près complète. Aucun mouvement des muscles inférieurs, grande diminution de la mobilité des membres supérieurs. Du côté droit, la sensibilité est plutôt exagérée, sans traces très nettes de délimitation. Du côté gauche, anesthésie légère. Les réflexes sont conservés; troubles du côté des sphincters; rétention d'urine, bientôt suivie d'incontinence. Pouls régulier, un peu rapide.

Au niveau du cou on trouve les plaies par où ont pénétré les balles.

L'une est très bas, à un centimètre au-dessus et à deux ou trois centimètres en arrière de la clavicule gauche, au niveau de son tiers moyen; l'autre est plus haute et plus postérieure, en regard des dernières vertèbres cervicales.

Dans les jours qui suivent la situation ne s'améliore pas, la température oscille de 37,5 à 39.



Du côté de la motilité il y a un retour sensible des mouvements au niveau des membres supérieurs. Du côté des membres inférieurs, on observe seulement quelques légers mouvements d'extension du membre inférieur gauche. Les troubles de la sensibilité restent confus; il y a surtout des phénomènes d'hypoesthésie.

Les réflexes qui étaient conservés au début disparaissent.

Inégalité pupillaire. Myosis à droite.

La radiographie montre deux balles, l'une dans les masses musculaires de la région latérale du cou, l'autre située au niveau du canal vertébral. Elle est dirigée la pointe en l'air, un peu à droite de la ligne médiane. Elle semble située dans le canal rachidien et être venue

buter contre la paroi latérale droite de ce canal en se réfléchissant vers le haut. Elle est située à hauteur du tissu interstitiel qui sépare la première dorsale de la deuxième.

Après un examen approfondi fait par mon collègue et ami Souques, et d'accord avec lui, l'état ne s'améliorant pas, nous décidons d'aller retirer la balle située dans le canal rachidien.

L'opération a lieu le 22 décembre 1905.

Le malade, endormi avec l'appareil de Ricard, est placé sur le ventre un coussin sur le thorax faisant saillir la région à opérer.

Mais la respiration se fait mal; on est même obligé de faire pendant quelques instants la respiration artificielle. Je fais alors incliner le malade latéralement, sur le côté droit. Incision médiane commençant au-dessus de la vertèbre proéminente pour s'étendre jusque sur la troisième dorsale. Les muscles des gouttières vertébrales sont rapidement décollés et les apophyses épineuses attaquées à la pince-gouje-Les lames vertébrales sont rapidement enlevées et la partie postérieure de la dure-mère apparait à nu. L'hémorragie qui vient des muscles, puis des vaisseaux intra-rachidiens, est très abondante, mais elle cède à un tamponnement de quelques instants. Les lames vertébrales étant enlevées sur une longueur d'environ six centimètres, j'explore avec un stylet le canal rachidien de façon à sentir la balle. Ne sentant rien, j'agrandis l'ouverture du canal un peu en haut et un peu en bas, de façon à avoir une brèche de dix centimètres environ.

Après quelques explorations je trouve la balle contre la paroi interne droite du canal, au niveau de la première dorsale, mais dans la profondeur, près de la paroi antérieure du canal. La recherche de la balle eût été un peu moins longue si je ne m'étais obstiné à chercher une balle noire, alors qu'elle était recouverte d'une chemise de cuivre rouge, qui la rendait peu perceptible au milieu du sang.

Il me fut impossible de voir s'il y avait des lésions sérieuses du côté de la partie antéro-latérale de la moelle. La partie postérieure de la dure-mère, que j'ai seule eue sous les yeux et que je n'ai pas cru devoir ouvrir pour me rendre compte des lésions médullaires, était intacte.

Je mets le drain au contact de la dure-mère et je suture la plaie.

Le 23 décembre, le malade est bien. La sensibilité est à peu près semblable des deux côtés, un peu d'hyperesthésie à droite.

Il y a un retour très net de la motilité à gauche. Le malade fléchit un peu le genou et le détache légèrement du lit.

Du côté droit, aucun changement. Mais de ce côté, le réflexe rotulien est légèrement revenu, alors qu'il reste aboli à gauche.

Le 24 et le 25 décembre, état à peu près stationnaire. Le pansement a beaucoup coulé.

Le 26 décembre, le talon gauche se détache très nettement du lit. Léger mouvement de flexion à droite. Les réflexes sont un peu plus accentués. Les jours suivants, les réflexes s'améliorent de plus en plus.

Le 28 décembre, on enlève le drain. Léger suintement.

A partir de ce moment, l'état s'améliore de plus en plus.

Le 10 janvier, le malade remue très bien la jambe droite; la jambe gauche est lourde, mais les mouvements s'accomplissent assez bien.

Les réflexes sont complètement revenus à droite. Ils sont un peu exagérés à gauche.

Sensibilité revenue; un peu exagérée à gauche.

Le 26 janvier, le malade se lève seul, mais il ne marche pas encore.

Sorti en février, il marche assez bien avec un peu d'exagération des réflexes et de la contracture.

Actuellement (16 mai), le malade marche d'une façon très satisfaisante. La sensibilité est normale et les réflexes sont encore un peu exagérés.

Désarticulations temporaires du pied

M. Pierre Delbet. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter ce malade comme un exemple d'une méthode de traitement des tuberculoses du pied que j'emploie depuis une dizaine d'années et dont je crois vous avoir présenté déjà quelques cas.

Dans les tuberculoses tarsiennes ou tarso-métatarsiennes, je crois qu'il existe presque toujours des fongosités du côté de la plante du pied. Lorsqu'un abcès ou une cicatrice fongueuse devient perceptible sur la face dorsale, on peut être à peu près assuré qu'il en existe davantage ou au moins autant profondément dans la plante.

En général on les aborde par le dos du pied; on résèque les fongosités qui sont de ce côté, on curette ou on résèque les os atteints; on arrive ainsi à la plante, où sans rien voir, sans rien contrôler, on donne quelques coups de curette. Le résultat ordinaire est la formation de fistules persistantes.

La nécessité de bien voir et de bien nettoyer la plante pour obtenir une véritable cure de ces tuberculoses, m'a conduit à pratiquer systématiquement des désarticulations temporaires. Je désarticule par la face dorsale en ménageant le plus possible les tendons, et j'ouvre l'articulation. La face plantaire sous-osseuse devient alors nettement visible et facilement accessible. Je résèque les os malades, je nettoye avec soin les fongosités qui s'étalent sous les ligaments ou qui pénètrent jusque dans les gaines tendineuses. Je fais tout ce nettoyage au bistouri; je dissèque en passant en dehors de la gaine fibreuse qui porte les fongosités. Puis, après avoir enlevé toutes les parties malades, je remets les os en place et je suture.

J'ai fait ainsi des désarticulations temporaires sous-astragalienne, de Chopart, de Lisfranc.

Chez ce malade, j'ai seulement désarticulé les deux derniers métatarsiens.

Il avait une tuberculose cuboïdo-métatarsienne, avec un paquet de fongosités mollasses soulevant le dos du pied.

J'ai fait, vous le voyez, sur la face dorsale, une incision comme si je voulais désarticuler les deux derniers métatarsiens. J'ai continué l'incision entre le troisième et le quatrième orteil et je l'ai poursuivie à la face plantaire de quelques centimètres, naturellement sans compléter la raquette. J'ai séparé le quatrième métatarsien du troisième et ouvert les deux articulations cuboïdo-métatarsiennes sans couper le tendon du court péronier latéral.

Cela fait, il fut très aisé de renverser, de retourner les deux derniers métatarsiens, et les muscles, gaines, tissus plantaires furent étalés sous mes yeux. Je réséquai une grande partie du cuboïde, grattai la tête des deux derniers métatarsiens, puis je disséquai au bistouri les fongosités de la face plantaire et je dus les poursuivre assez loin le long du péronier latéral. Je terminai en suturant complètement les lambeaux.

Les suites opératoires ont été des plus simples.

L'opération a été faite le 18 novembre 1905. Il y a donc un peu plus de six mois. Vous pouvez constater d'abord que la guérison est complète et vous savez qu'il n'est point aisé de guérir les tuberculoses tarsiennes chez les malades de cet âge. Il a quarante et un ans. J'insiste, en outre, sur le point que les métatarsiens désarticulés ont repris leur solidité, que la forme du pied est parfaite, que les points d'appui sont normaux.

Non seulement le malade marche sans la moindre boiterie, mais il travaille debout toute la journée, — il est menuisier — sans fatigue.

Le Secrétaire annuel,
P. MICHAUX.

Le Gérant : P. BOUCHEZ.

PARIS. — TYP. PLON-NOURRIT ET Cie, 8, RUE GARANCIÈRE. — 8491.

SÉANCE DU 30 MAI 1906

Présidence de M. Segond.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. Buscarlet, membre correspondant de notre Société, qui nous adresse un travail sur les *fistules et kystes provenant de l'évolution thyroïdienne.*

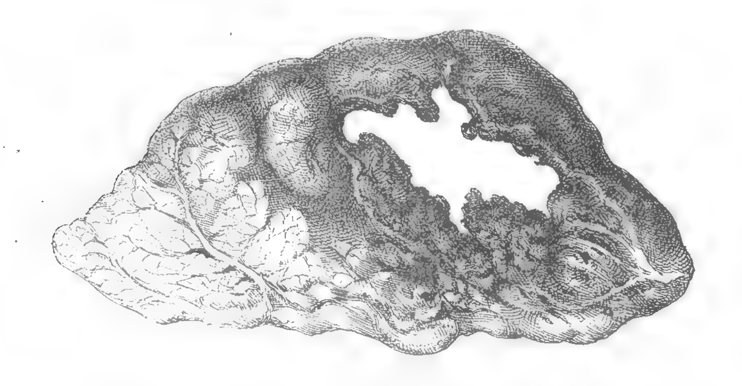
A l'occasion du procès-verbal.

A propos de l'intervention dans les plaies du poumon.

M. Tuffier. — Je viens joindre un fait à ceux qui ont été apportés ici par MM. Loison et Picqué. Je crois que dans l'immense majorité des cas les plaies du poumon par balle de revolver guérissent sans autre intervention qu'une occlusion aseptique de la plaie et l'immobilité du malade. Les très nombreux faits que nous observons démontrent cette innocuité. Dans un certain nombre de cas, l'épanchement sanguin intra-pleural s'infecte et nous sommes obligés d'ouvrir *secondairement* la plaie, ce qui nous donne encore des succès. Il existe cependant des cas exceptionnels dans lesquels l'état des blessés est tellement

grave que nous sommes perplexes sur la nécessité d'une intervention directe sur le poumon.

Une malade de vingt-huit ans est amenée dans mon service le 25 avril 1906, à sept heures du matin. Elle venait dans une tentative de suicide de se tirer une balle de revolver dans la région du cœur. Tenant le revolver de la main droite (calibre 8 millimètres) elle dirigea le canon en haut et en dehors sous le sein gauche. Elle ne fut pansée qu'à son arrivée dans le service à huit heures. Je la vis à dix heures et demie et je trouvai une plaie siégeant au niveau du cinquième espace intercostal sur le bord antérieur de la ligne axillaire; l'orifice semble siéger au-dessous de la pointe du cœur. La plaie est noire, largement décollée, laisse suinter un liquide contenant des caillots. Autour de cette plaie, large emphysème; le thorax est mat et le murmure vésiculaire fait défaut dans toute la hauteur du poumon. Mais le fait le plus important est l'état particulièrement grave de la malade.



La douleur à gauche est extrêmement vive, le facies pâle, le pouls petit, l'anhélation complète, si bien que la malade asphyxie depuis son entrée; on lui a fait des piqûres d'huile camphrée et de caféine; en présence de ces accidents et étant donné le siège de la plaie, je résolus de débrider et d'explorer sa partie profonde. Sous l'anesthésie chloroformique je débride transversalement la plaie; la peau et le muscle sont largement décollés et remplis de détritus noirâtres contenant de petits fragments de laine; le 5e espace intercostal est perforé à son niveau, il s'écoule du sang en abondance, puis de l'air. J'introduis un doigt à travers cette fente pleurale, j'évacue des caillots et je sens la partie antérieure du poumon gauche présentant une large perforation. Je saisis avec une pince le bord de cette lèvre, je l'amène à l'extérieur et je vois une large plaie perforante du poumon (voir figure ci-dessus); bien que

la balle n'ait que 8 millimètres de diamètre, on peut passer l'index à travers la perforation, représentée ici grandeur naturelle.

Les bords sont déchiquetés, il s'écoule du sang sur son bord interne; à un travers de doigt en dedans de la perforation, je place une ligature au catgut, par-dessus celle-ci une seconde, de façon à pouvoir me servir de ces deux chefs pour fixer le pédicule pulmonaire lié à l'espace intercostal.

L'état de la malade est précaire : je ferme la plaie en laissant un drain. Le lendemain les symptômes asphyxiques ont disparu mais le pouls est rapide et la température atteint 39 degrés. Le surlendemain la température se maintient au niveau de 37, la respiration devient plus difficile, je ponctionne le 7e espace intercostal en arrière, puis je fais une contre-ouverture à ce niveau : il s'écoule par le drain une quantité considérable de sang et de liquide sanieux; les accidents s'amendent; la température oscille entre 37°5 et 38 degrés et le pouls reste entre 105 et 120.

Du 5 au 7 mai, malgré le drainage, les accidents septicémiques continuent, et la malade succombe le 8 mai. Nous n'avons pu faire l'autopsie, si bien que l'origine constitutive de l'hémorragie et de la septicémie n'a pu être nettement élucidée.

M. Delorme. — La communication et les réflexions de M. Loison m'engagent à rappeler que quand en 1903 au Congrès de chirurgie je parlai du volet thoracique, je le préconisai aussi bien pour le traitement des pleurésies que pour celui des plaies du poumon compliquées d'hémorragies graves et des plaies du cœur. Cette proposition qui étonna alors est acceptée aujourd'hui.

L'exemple du malade dont j'ai alors rappelé l'observation était bien fait en effet pour engager à intervenir directement dans les blessures pulmonaires. L'abondance des hémorragies, leur incessant rappel, l'insuffisance inquiétante des moyens d'hémostase employés (occlusion des plaies extérieures, etc.), tout cela devait vaincre les dernières résistances du collègue avec le concours duquel j'assurai une intervention directe, quelques jours après le traumatisme. La discussion académique de 1899 qui marque dans l'histoire de la question, a accusé deux tendances opposées : l'abstention à laquelle s'est arrêté Lucas-Championnière, l'intervention directe. Je reste toujours un partisan, un convaincu de la dernière dans les cas graves, très graves et bien précisés d'hémorragie surabondante, inquiétante.

Comme l'a bien indiqué notre collègue M. Nélaton, ces cas d'hémorragies inquiétantes s'observent surtout après les plaies

pulmonaires centrales ou paracentrales, proches du hile, c'est-à-dire dans les plaies du territoire des gros vaisseaux. Dans ces cas, mais exclusivement dans ces cas, je crois toujours que la formation d'un volet thoracique et l'intervention directe hâtive (ligature ou compression directe), est une méthode de choix. Qui hésiterait dans une hémorragie grave d'un gros vaisseau de la continuité d'un membre à découvrir ce vaisseau et à l'obturer? L'indication est la même dans les hémorragies des gros vaisseaux du poumon.

La barrière constituée par le gril costal qui arrêtait nos devanciers ne doit plus nous arrêter, nous. Quant au pneumothorax, il n'est pas à redouter, comme je l'ai fait remarquer, car il existe si le poumon était libre au moment du traumatisme et on n'a pas à compter avec lui si le poumon est adhérent. Et puis, dans le dernier cas, on a la ressource de l'attraction et de la fixation du poumon au cours de l'opération. Peu de faits montreraient mieux le bénéfice de cette attraction que l'observation de M. Loison. Ne nous dit-il pas en effet que « lorsque des pinces tirèrent le poumon en bas et le fixèrent, le calme reparut immédiatement et le patient se sentit soulagé »?

Je ne voudrais pas encourir le reproche d'une pratique d'une suractivité abusive, et je répète que c'est dans les cas des plus graves, dans les hémorragies primitives abondantes ou moyennement abondantes mais incoercibles, lorsque les plaies pulmonaires semblent correspondre au hile ou sont voisines du hile, que l'ouverture thoracique suivie de la ligature, de la préhension hémostatique, de la compression directe, paraît indiquée et bienfaisante. Mais dans ces conditions il n'y a pas à hésiter : *il faut aller droit au poumon.*

M. GUINARD. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Delorme au point de vue théorique : il est clair que c'est une règle de chirurgie générale : il faut pincer un vaisseau qui saigne. Pour les plaies du poumon, si j'intervenais, je pratiquerais le volet thoracique dont parle M. Delorme. Mais il ne faut pas oublier que c'est une opération des plus graves. Je sais bien que M. Delorme ne la conseille que dans les cas « d'hémorragie grave ». Mais c'est là qu'est la difficulté. Que faut-il entendre par hémorragie grave? Y a-t-il des signes qui permettent d'affirmer qu'une hémorragie pulmonaire va s'arrêter spontanément ou au contraire tuer le blessé? Tout récemment, on m'a apporté, à l'Hôtel-Dieu, un maître d'armes qui avait reçu un coup d'épée dans le poumon gauche. Il y avait une hémorragie par la bouche, un hémothorax et des phénomènes généraux graves du côté du pouls et de la respira-

tion. J'avoue que j'étais très inquiet et que la question de l'intervention se posait. Je me suis décidé pour l'abstention et le malade a quitté l'hôpital parfaitement guéri de son hémothorax. Il a craché abondamment du sang pendant quatre ou cinq jours. Je n'en conclus pas qu'il ne faut jamais intervenir dans ces cas-là, loin de là. Mais j'insiste sur la difficulté de diagnostiquer « la gravité » de l'hémorragie ; et comme on ne doit intervenir que si l'hémorragie ne doit pas s'arrêter spontanément, je demande si M. Delorme peut nous donner des indications pronostiques spéciales sur ces hémorragies.

M. Delorme. — Il est impossible de préciser l'abondance d'une hémorragie qui indiquerait l'opération. Je crois que quand le chirurgien est *inquiet* de cette abondance, il ne doit pas hésiter à opérer, car il semble préférable dans ces cas si graves de courir le risque de faire une opération inutile que de laisser passer les indications d'une opération nécessaire.

M. Pierre Delbet. — Je voudrais tout simplement rapporter un cas malheureux d'intervention pour plaie du poumon.

Il s'agissait d'un jeune homme qui avait reçu une balle de revolver dans la région de la pointe du cœur et qui fut amené dans mon service, quand j'étais chirurgien de Bicêtre.

Je commence d'abord par dire que je ne suis pas d'une manière générale partisan de l'intervention dans les plaies thoraciques. Bien des malades dont l'état paraît singulièrement grave et menaçant guérissent très bien, et je ne suis pas sûr qu'on leur rendrait service en les opérant.

Dans le cas dont je parle, le malade était asphyxique. Toute la plèvre était remplie par un épanchemeut et je me demandais si le cœur n'avait pas été touché.

Aussi j'ouvris le thorax et constatai une plaie de la pointe du cœur et une plaie du poumon. Je suturai les deux. Le malade a succombé au bout de deux ou trois jours, et l'autopsie a montré qu'il était mort d'hémorragie. La plèvre était de nouveau remplie de sang. L'hémorragie s'était faite non par la plaie suturée, mais par une autre plaie située à la partie postérieure. La balle avait traversé le thorax de part en part et était venue se loger dans les muscles des gouttières vertébrales. C'est par l'orifice postérieur du séton intra-pulmonaire que s'était faite la nouvelle hémorragie qui fut mortelle.

M. P. Michaux. — Je demande la permission de rappeler à mes collègues que j'ai communiqué autrefois au Congrès de chirurgie

une des rares observations d'intervention chirurgicale pour blessure du poumon suivie de guérison.

Depuis j'ai observé bon nombre de plaies de poitrine par coups de couteau ou par coups de feu, et presque tous ces traumatismes ont guéri seuls ou sans intervention chirurgicale immédiate, alors même qu'il y avait un hémothorax considérable.

Mais il y a de temps à autre, comme le disait notre collègue Guinard, des cas où l'ensemble symptomatique est si inquiétant : dyspnée, étouffement, signes d'hémorragie interne, qu'on a la main forcée et qu'on est conduit à l'intervention.

Mais il faut bien se rappeler que ces interventions chirurgicales sont toujours graves. Mon malade a guéri, mais il est resté plusieurs jours dans un état tout à fait inquiétant.

L'intervention chirurgicale en cas de blessure du poumon doit donc rester exceptionnelle, comme l'indiquait tout à l'heure M. Delorme. Il faut la réserver surtout aux blessures de la région du hile pulmonaire, à celles où on soupçonne une plaie du cœur, à celles où il y a lieu de craindre une blessure de la mammaire interne.

Dans tous les autres cas, en surveillant de près son malade, on se tiendra sur la réserve, et dans la grande majorité des cas cette abstention sera couronnée de succès.

Quant à l'opération elle-même, il faut savoir qu'elle est angoissante, qu'on est gêné par l'étouffement du malade, les mouvements précipités du cœur et du poumon.

Dans mon observation, le cœur écarté, j'ai pu également récliner le poumon pour examiner sa face interne. J'ai vu très nettement le sang s'échapper du bord inférieur du hile pulmonaire.

Mais j'ai dû me borner à placer sur cette plaie une pince hémostatique qui a été laissée en place deux à trois jours.

Je pense donc comme M. Delorme que l'intervention chirurgicale doit être l'exception dans les cas de blessure du poumon, qu'il faut la réserver aux cas tout à fait graves et inquiétants, tous les autres cas étant justiciables de l'abstention.

Rapports.

Gangrène et perforation utérines, par M. le D[r] LAPOINTE.

Rapport de M. LUCIEN PICQUÉ.

Il y a quelques semaines, notre jeune collègue des hôpitaux Lapointe vous a présenté une pièce intéressante de gangrène utérine avec perforation, et vous m'avez chargé de vous présenter un rapport.

Voici d'abord l'observation qu'il a jointe à sa présentation :

OBSERVATION. — Une femme de vingt-trois ans entra le 7 février 1906, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une péritonite généralisée. En l'absence de tout renseignement, le confrère de la ville avait pensé qu'elle avait une origine appendiculaire.

L'interne de garde, M. Brizard, constatant un écoulement vaginal sanglant et fétide, apprend que la malade n'a pas eu ses règles depuis deux mois; il trouve un col entr'ouvert, ramolli, rempli de caillots putréfiés, et diagnostique une péritonite *post abortum*.

Aucun renseignement sur les causes de l' « accident ». Tout ce que la malade raconte, c'est que les douleurs du ventre et les vomissements ont commencé dans la soirée du 4, c'est-à-dire il y a trois jours.

Appelé d'urgence à onze heures du soir, je constate tous les symptômes d'une péritonite généralisée: ballonnement du ventre jusqu'à l'épigastre ; douleur diffuse au palper ; aucune contraction intestinale ; vomissements porracés. Facies anxieux et nez pincé ; pas de subictère des conjonctives. La malade n'a pas de dyspnée ; son pouls, fort et régulier, est à 100. T. : 37°4. Pas de selle ni de gaz depuis quarante-huit heures.

Diagnostic : péritonite généralisée d'origine utérine, due soit à une perforation traumatique, soit à une métrite septique.

Une intervention paraît offrir des chances de succès, et je pratique immédiatement la laparotomie.

Anesthésie au mélange de Billroth. Incision médiane sous-ombilicale. Les anses grêles et le côlon pelvien, très distendus et rouges, sont difficiles à maintenir hors du bassin malgré la position déclive. Du liquide « bouillon sale », excessivement fétide, sort en abondance du petit bassin. Aucune adhérence protectrice ; pas trace de dépôts fibrineux à la surface de l'intestin. Après avoir asséché la cavité pelvienne, j'amène un utérus gros comme le poing et je constate immédiatement, avant d'avoir placé aucune pince à traction, une large zone d'aspect sphacélique, sur la face postérieure.

Hystérectomie supra-vaginale ; les annexes gauches sont enlevées avec le corps de l'utérus ; l'ovaire droit est laissé. Pour gagner du

temps, je renonce à la péritonisation; du reste, après l'hémostase assurée, les lambeaux péritonéaux tombent spontanément au contact par-dessus le moignon cervical.

Un gros tube entouré de gaze draine le Douglas par le vagin; un autre dans chaque fosse iliaque, sortant par la partie inférieure de l'incision abdominale.

Durée de l'anesthésie : cinquante minutes. L'intervention fut rendue pénible par la difficulté de maintenir l'intestin distendu.

Suites opératoires : elles furent d'abord assez satisfaisantes; l'opérée eut des gaz et des selles à partir du troisième jour. Mais le pouls res-



tait fréquent. A partir du quatrième jour, dyspnée intense et signes de congestion généralisée des deux poumons, qui cèdent en quelques jours. Mais le foyer pelvien est envahi d'une suppuration d'odeur gangreneuse dont les irrigations abdomino-vaginales et l'eau oxygénée n'ont pas raison. Une fistule stercorale se constitue, et la malade succombe de septicémie subaiguë, le 22 février, quinze jours après l'intervention.

Examen macroscopique de la pièce. — Le corps utérin enlevé a le volume d'un utérus gravide de deux mois environ. Sur la face postérieure, près du fond, on voit une perforation au centre d'une zone gangrenée. L'orifice, qui laisse passer faiblement une bougie numéro 27, a la forme d'un cratère ouvert du côté de la cavité péritonéale, à bords irréguliers et déchiquetés.

Tout autour de la perforation existe une zone qui a la surface d'une pièce de 5 francs et tranche par sa coloration brunâtre, feuille morte, sur le reste de l'utérus, légèrement congestionné. Cette plaque, percée d'un trou central, est molle, dégage une odeur de putréfaction caractéristique et se trouve séparée des régions voisines, saines en apparence, par une ligne régulièrement circulaire où commence à s'accuser, par places, un sillon d'élimination.

Dans l'utérus fendu sur la ligne médiane postérieure, on ne trouve rien qui rappelle l'embryon. La cavité est remplie de caillots, et la muqueuse semble complètement détruite. La paroi musculaire a une épaisseur de 2 centimètres environ et ne présente sur la coupe aucune modification appréciable à l'œil nu, sauf autour de la perforation. On voit, en effet, que l'escarre intéresse toute l'épaisseur de la paroi et forme un coin, à base périphérique, qui commence à se libérer des tissus voisins.

Examen histologique (*professeur Cornil*). — Le contenu pulpeux et brunâtre qui comble la cavité utérine est constitué par du tissu nécros sans apparence de villosités choriales, ni de glandes. On y voit pour tant des vaisseaux, sans qu'on puisse déterminer s'ils appartiennent au chorion ou à la couche superficielle nécrosée de l'utérus ; pas de microbes bien nets, mais des granulations de pigment sanguin en abondance. On voit aussi des cellules lymphatiques ou conjonctives. L'examen de ce magma intra-cavitaire donne le même résultat au niveau de la partie inférieure qu'au niveau du fond de la cavité.

Les coupes de la paroi comprenant l'escarre et la zone voisine, montrent que du côté de la cavité le tissu musculaire de l'utérus est à nu, sans trace de glandes ni de revêtement muqueux. Autour de la perforation, on distingue trois zones concentriques d'aspect différent :

1° Une zone nécrosée dont les éléments ne se colorent plus ;

2° En dehors de l'escarre, le tissu utérin reconnaissable est infiltré de foyers hémorragiques. On y voit de larges cavités lymphatiques, des veines dilatées et thrombosées ; les caillots sont remplis de globules de pus polynucléaires, qui infiltrent aussi le tissu de la zone limitante et constituent, par places, de petits abcès miliaires ;

3° Plus profondément, même aspect, mais les faisceaux musculaires sont très écartés les uns des autres par de l'œdème dont le liquide renferme de nombreux leucocytes, surtout des polynucléaires.

La recherche des microbes est malaisée par suite de la présence du pigment sanguin provenant des hémorragies. On voit cependant sur les coupes des amas de cocci arrondis (staphylocoques ou streptocoques), mais en petit nombre.

En somme, il y a œdème et infiltration purulente du parenchyme, nécrose de la muqueuse dans toute l'étendue du corps utérin, et nécrose totale de la paroi autour de la perforation.

L'observation et la pièce de M. Lapointe peuvent servir de document pour l'étude du mécanisme actuellement discuté de certaines perforations utérines d'origine abortive. Elles nous permettront, en

outre, de discuter la question encore si controversée du pronostic et du traitement de ces perforations. Nous envisagerons successivement ces divers points.

Voyons d'abord ce qu'il faut penser du mécanisme de la perforation. Au premier abord, on peut admettre l'hypothèse d'une gangrène circonscrite autour d'une perforation traumatique ; un instrument rigide a perforé l'utérus : la zone gangrenée ne serait alors que secondaire et consécutive à une infection nécrosante des bords de la solution de continuité.

Mais le processus peut être tout différent, et l'on peut supposer l'existence d'une perforation secondaire à une gangrène circonscrite.

La perforation ne serait plus dès lors que la conséquence médiate des manœuvres intra-utérines. Sous l'influence de ces manœuvres, et peut-être, d'après certains auteurs, d'une éraflure simple de la paroi, une métrite septique se produit qui aboutit à une gangrène suivie bientôt de la chute de l'escarre, et quand celle-ci intéresse toute l'épaisseur du muscle, à une perforation spontanée.

M. Lapointe se demande s'il en a été de même dans son cas ; les faits publiés dans ces dernières années l'autorisent à émettre cette hypothèse.

Déjà, en 1886, Winter (1), constatant sur l'utérus d'une femme morte de péritonite généralisée *post abortum* une plaque de gangrène ayant l'étendue d'une pièce de 5 marks, et perforée à son centre, admet la métrite gangreneuse et perforante.

L'année suivante, Richardière (2), à propos d'une autopsie personnelle, étudie les perforations utérines avec gangrène localisée et les oppose aux perforations traumatiques proprement dites. « Dans ces cas de perforation gangreneuse, écrit-il, l'utérus ne serait d'abord qu'incomplètement perforé. Que l'agent d'avortement soit virulent, le sphacèle suivra le traumatisme. Grâce aux progrès de la gangrène, l'utérus ne tardera pas à être perforé complètement. » En 1895, Schwab (3) présente à la Société obstétricale de Paris un cas de « perforation très probablement traumatique de l'utérus », mais dans la discussion qui suivit, Maygrier, Doléris, Budin émettent à la vérité des doutes, et pensent qu'il s'agit plutôt d'un abcès perforant. Otto Franqué (4), dans

(1) Winter. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1886, p. 815.

(2) Richardière. Des perforations utérines avec gangrène localisée. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1887, p. 427.

(3) Schwaab. *Bull. de la Soc. obstét. de Paris*, 1895, p. 495.

(4) Otto Franqué. Uterusabscess u. Metritis dissecans. *Volkmann's Samml. klin. Vortræge. Gynækol.*, 1900-01, n. 316.

son mémoire sur les abcès de l'utérus et la métrite disséquante, rapporte un nouveau cas de perforation *post abortum* qu'il attribue à la gangrène utérine. Lors de la discussion récente qui s'est produite à la Société de chirurgie, sur les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, j'ai cité les faits de Bechmann portant sur des gangrènes *post abortum* (1).

Viennent ensuite deux faits de Maygrier (2). Au cours d'une discussion sur les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, il relate deux autopsies médico-légales faites en commun avec Thoinot et Socquet. Les lésions étaient telles qu'il était impossible de les attribuer à l'action vulnérante d'un instrument. Tout au plus, ajoute Maygrier, pourrait-on émettre l'hypothèse que la métrite gangreneuse ait pu se développer autour du point de contact d'un instrument septique avec la paroi utérine plus ou moins entamée. Enfin Macé (3) présente un utérus perforé et gangrené enlevé par Mauclaire. Ici encore Budin, Porak, Maygrier admettent la possibilité d'une perforation secondaire, d'une gangrène perforante. La pièce de Mauclaire, si l'on en juge par le dessin qui accompagne son observation, offre avec celle de Lapointe une analogie frappante et que je tiens à signaler.

Il résulte de tous ces faits que la gangrène perforante *post abortum* mérite aujourd'hui de fixer l'attention, et qu'on est en droit, en présence d'un cas d'avortement compliqué de perforation utérine, de se demander si cette dernière est ou non due au passage d'un instrument rigide, ou si la gangrène peut se produire en dehors de toute intervention criminelle par le simple mécanisme de l'infection. On conçoit tout l'intérêt de la question au point de vue médico-légal.

Or, le cas de M. Lapointe peut-il apporter quelques renseignements utiles pour élucider cette question? La malade a déclaré à M. Lapointe qu'on avait fait usage d'une simple seringue. Mais le renseignement fourni par celle-ci n'a que très peu d'importance, et notre collègue le reconnaît lui-même.

L'examen de la pièce est plus intéressant à cet égard. L'aspect irrégulier et déchiqueté des parois de la perforation, sa disposition en cône à base dirigée du côté du péritoine concordent avec l'idée d'une déhiscence spontanée d'une escarre. D'autre part, la nécrose totale de la muqueuse, telle que le microscope ne peut en trouver trace, même à distance de la perforation, peut à

(1) Le mémoire de Bechmann (Die puerpuerale Uterusgangræne), *Zeit. für Geburst und Gynæk.*, 1900, p. 423, ne contient aucun fait de gangrène *post abortum*. Sur 40 gangrènes *post partum* figurent 6 perforations.

(2) *Bull. de la Soc. d'obstétr.*, 1901, p. 364.

(3) *Bull. de la Soc. d'obst.*, 1902, p. 359

la rigueur faire penser à la pénétration d'un liquide caustique dont l'action aurait pu se concentrer sur la paroi postérieure de l'utérus.

Le pronostic des perforations utérines que j'envisagerai uniquement après l'avortement et l'accouchement est différemment envisagé par les autres. Mon ancien interne Rebreyend, dans une thèse récente, déclarait dans ses conclusions que ces perforations étaient d'une fréquente bénignité.

Notre collègue Mauclaire a fait reprendre, en 1902, le même sujet à son élève Miquel, et conclut qu'assez souvent la perforation de l'utérus est un accident grave.

A mon sens, l'une et l'autre de ces conclusions me paraissent exagérées. La gravité attribuée par les uns à la perforation utérine tient à ce qu'ils ont mis en série des cas peu comparables d'utérus cancéreux ou fibromateux ordinairement septiques et perforés au cours d'un curettage, des utérus de femmes récemment accouchées ou avortées, sans noter toujours l'état d'infection, et en outre qu'ils n'ont pas tenu un compte suffisant du moment où l'intervention était pratiquée.

Quant aux premiers qui attribuent une grande bénignité à la perforation, en dehors des cas mortels qui n'ont pas été publiés et des cas rares où l'utérus n'était pas infecté, il suffit de lire, comme je l'ai fait moi-même, les nombreuses observations sur lesquelles ils appuient leur opinion pour être convaincus que dans un grand nombre de cas guéris par un simple tamponnement ou l'abstention pure et simple, le diagnostic de la perforation n'avait pas été établi sur des preuves suffisamment rigoureuses. Certes, il est des cas où le diagnostic est évident : la procidence de l'intestin et de l'épiploon ne peut laisser aucun doute à cet égard.

Mais en dehors de cas assez exceptionnels, sur quels signes peut-on l'établir? La fétidité de l'écoulement qui existait chez la malade de Lapointe ne saurait constituer un signe de grande valeur. J'ai publié un cas bien curieux à la Société d'obstétrique où j'avais cru pouvoir m'appuyer sur ce signe; la laparotomie me démontra qu'il y avait pas de gangrène. Le cathétérisme de l'utérus est un moyen dangereux et infidèle en raison de l'extrême mollesse de la paroi utérine qui se laisse facilement déprimer jusqu'à venir au contact de la paroi abdominale en un point souvent très éloigné de la symphyse.

Parfois l'instrument peut s'engager dans une trompe et simuler une perforation. J'ai vu un cas de ce genre à Bichat au cours d'un curettage, et la laparotomie que je pratiquai immédiatement me démontra l'absence absolue de toute perforation.

D'autre part, l'injection utérine conseillée par quelques auteurs (Potherat, Roberts, Cittadini) me paraît dangereuse en ce qu'elle risque de faire pénétrer dans le péritoine un liquide rendu septique par son passage dans un utérus infecté, et de provoquer une péritonite rapidement mortelle. Morlet en publie quelques cas dans sa thèse.

Il ne reste guère à mon sens que la constatation directe de la perforation à l'aide du toucher intra-utérin et cette constatation est parfois délicate. Cette question a du reste été étudiée avec soin sur mes conseils par mon interne Morlet et je ne saurai y insister davantage. Mais si l'on tient compte des objections diverses que l'on peut faire aux observations publiées, celles-ci doivent être rares qui peuvent en dehors des cas d'utérus non infectés, faire considérer la perforation comme un accident bénin.

Les perforations se voient surtout à la suite d'un accouchement ou d'un avortement. Dans le premier elles sont le résultat d'un curettage fait le plus souvent en cas d'infection. Parfois cependant elles se produisent au cours des manœuvres nécessitées par une rétention placentaire non infectée. Nous laisserons ces derniers faits de côté.

Dans le deuxième elles se lient aux manœuvres criminelles et ordinairement septiques de l'avortement.

Dans la grande majorité des cas nous avons donc affaire, comme dans le cas de notre collègue Lapointe, à une perforation compliquée d'infection. Ce sont ces seuls cas que je veux envisager ici.

Dès lors, on doit considérer la perforation comme un accident grave, puisque la communication plus ou moins large d'un foyer septique avec la cavité péritonéale ne fait que favoriser l'éclosion d'accidents rapidement mortels.

Peut-on croire que dans un certain nombre de cas une anse grêle viendra providentiellement obturer l'orifice de communication? A supposer que cette éventualité se produise, cette occlusion semble bien aléatoire et l'on ne peut y compter d'ailleurs, puisqu'il est impossible d'en constater l'existence.

En présence de la gravité réelle des perforations utérines quand celles-ci sont liées à des infections utérines, que convient-il de faire? L'intervention à mon sens n'est pas douteuse, mais quand doit-on intervenir?

Dans les plaies accidentelles de l'intestin la chirurgie préventive est acceptée aujourd'hui par tous les chirurgiens, on n'attend plus comme autrefois les accidents péritonéaux pour intervenir.

Il doit en être à mon sens de même pour l'utérus. Le diagnostic, il est vrai, est difficile; j'ai dit les raisons pour lesquelles l'injection intra-utérine devait être rejetée; on n'a le plus souvent qu'une probabilité, sauf les cas où l'exploration digitale vous conduit sur la perforation. Je pense que dans tous les cas où l'on peut soupçonner l'existence d'une perforation il faut recourir d'emblée à la laparotomie exploratrice. C'est en suivant cette pratique, à laquelle s'est rallié Morlet dans sa thèse, que j'ai pu reconnaître dans un cas que je vous ai présenté l'an dernier, l'existence d'une perforation, et que j'ai pu guérir ma malade.

Quand la perforation a été reconnue soit par les manœuvres ordinaires, soit par la laparotomie exploratrice, à quelle intervention faut-il se résoudre?

Si la lésion a été reconnue sans laparotomie, je pense que les manœuvres de désinfection (curettage ou écouvillonnage) doivent être rejetées et je félicite Lapointe de ne point y avoir eu recours. Malgré l'opinion contraire de Cittadini, de Hichmann, je crois que ces manœuvres ne peuvent que rester incomplètes, augmenter l'étendue de la perforation, risquer de laisser passer le moment opportun. Tout au plus peut-on se contenter de l'évacuation utérine par le curage digital ou l'expression abdomino-vaginale de Budin.

Donc, que convient-il de faire en face d'une perforation découverte par la laparotomie ou confirmée par celle-ci?

Je crois qu'il faut distinguer les cas où l'infection intra-intérine se complique ou non de l'infection de la paroi.

Dans le cas où il n'existe pas d'infection de la paroi, on peut à la rigueur se borner à faire la suture de la plaie utérine.

Dans mon cas personnel l'examen histologique ayant démontré que les lésions étaient exclusivement limitées aux bords de la perforation et que le reste du tissu utérin était normal, j'aurais pu certes préférer cette manière de faire à l'hystérectomie et c'est à cette méthode que j'aurai recours à l'avenir.

Mais quand la paroi est infectée, l'hésitation ne me semble plus permise.

L'utérus doit être enlevé et l'hystérectomie ne saurait être considérée comme une aggravation opératoire. M. Lapointe, par un scrupule qui lui fait honneur, se demande s'il n'aurait pu se contenter du drainage et si l'hystérectomie a été la cause de la mort. Elle tient certainement à d'autres causes dont nous parlerons plus loin. La mort n'est venue d'ailleurs que quinze jours après l'opération et je ne puis qu'approuver sans réserve la conduite qu'il a suivie.

Il ne saurait être question dans ce cas d'hystérectomie vaginale,

puisque pour moi le premier temps de l'intervention doit être une incision exploratrice sus-pubienne. Celle-ci, conseillée d'ailleurs par quelques auteurs, a selon moi le grave inconvénient d'exposer à pratiquer l'ablation d'un utérus non perforé comme il est arrivé dans un cas rapporté par Rebreyend, ou de laisser méconnues les lésions possibles de l'intestin. C'est donc à l'hystérectomie abdominale qu'il convient de s'adresser. Vaut-il mieux, comme se le demande Lapointe, pratiquer l'hystérectomie totale ou supra-vaginale? Je crois pour ma part la première préférable peut-être au point de vue du drainage.

Si, cependant, l'hystérectomie semble convenir à la majorité des cas, je dois toutefois ajouter qu'il est des cas où les malades ont pu guérir par le simple drainage. C'est ainsi que notre collègue Poirier a obtenu un beau succès en conservant un utérus infecté et en pratiquant par la perforation un drainage abdomino-génital, et Villemin a obtenu le même succès en pratiquant de la sorte.

Nous avons supposé jusqu'ici le cas où le chirurgien a pu intervenir avant l'explosion des accidents péritonéaux ou peu après leur début. Dans ces conditions, on a toutes les chances; lorsque l'infection a fait des progrès, les résultats sont des plus médiocres. Dans un grand nombre de cas, la mort a suivi de près l'intervention. Sur 12 interventions pour péritonite consécutive à des perforations utérines et rapportées dans les thèses de Rebreyend et Morlet, nous trouvons 8 morts et 4 guérisons appartenant à Poirier, Hirst, Mauclaire et Picqué.

Les opérations se répartissent ainsi :

1 hystérectomie vaginale (Veit), 2 laparotomies sans hystérectomie, avec drainage abdomino-utéro-vaginal (Villemin, Poirier), 1 laparotomie avec suture de la perforation (Vincent) et 8 hystérectomies abdominales, supravaginales ou totales.

Le cas de Lapointe vient s'ajouter à cette série malheureuse formée de cas où l'intervention a été faite trop tardivement quand l'infection s'était généralisée. Chez le malaise de Lapointe, les accidents remontaient à trois jours.

Ces faits malheureux plaident donc en faveur de l'intervention immédiate et de l'utilité de l'incision exploratrice dans les cas douteux.

Si les circonstances obligent le chirurgien à intervenir tardivement, l'indication opératoire n'en persiste pas moins, mais les insuccès ne sauraient être mis au passif de l'intervention.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Lapointe d'avoir bien voulu nous communiquer ce cas intéressant de pratique chirurgicale.

M. Potherat. — M. Picqué, dans son rapport, examine deux points : la pathogénie de la métrite gangreneuse ou plutôt son mécanisme, et le traitement de cette métrite.

Au point de vue du traitement, sans entrer dans la discussion de la valeur comparée de l'hystérectomie vaginale et de l'hystérectomie sus-vaginale, je dirai que dans un cas analogue à celui que nous a rapporté notre jeune collègue Lapointe, où l'on est forcément dans l'incertitude sur les lésions utérines ou périutérines, et où les phénomènes péritoniques sont prédominants, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours, et celle-ci pratiquée, on modèle sa conduite sur l'observation des lésions trouvées.

Je ne puis donc que m'associer au rapporteur pour approuver la conduite suivie par M. Lapointe.

Mais je laisse la question du traitement pour m'arrêter sur le mécanisme de la gangrène de l'utérus.

M. Picqué le rapporte à deux processus : une perforation traumatique par un instrument septique, ou bien un sphacèle déterminé par une septicémie suraiguë d'origine intra-utérine sans traumatisme de la paroi. Ce sont là des modes tout à fait logiques et je n'y contredis pas. Mais il est un autre mécanisme que M. Picqué a passé sous silence, ou auquel il n'a fait qu'une courte allusion, c'est la gangrène déterminée par le contact de liquides caustiques avec la paroi utérine.

Je viens d'observer dans mon service de l'hôpital Broussais un cas de gangrène localisée de l'utérus qui me paraît relever de ce mode pathogénique.

Il s'agissait d'une jeune femme venue dans mon service après une évacuation du contenu de son utérus, grâce à des manœuvres avouées. Cette malade avait des signes d'infection : un facies spécial, de la fièvre, de petits frissons ; cependant, elle n'avait pas de signes de retentissement péritonéal. Elle perdait en abondance un liquide ignoble, d'odeur gangreneuse. Au toucher vaginal, le doigt tombait dans une masse molle, diffluente, qui n'était autre que le col lui-même en voie de sphacèle. Le spéculum Trélat appliqué, un abondant lavage effectué, je vis une escarre en voie d'élimination, escarre ayant cet aspect blanchâtre analogue à ceux déterminés par la pâte caustique au chlorure de zinc. Avec des ciseaux, j'enlevai ce sphacèle et je pus constater que la totalité de la portion intravaginale du col était détruite ; je vis alors l'orifice utérin, je nettoyai l'intérieur de l'utérus, je lavai la cavité utérine et j'y laissai un drain. Les suites furent simples ; la malade était en voie de cicatrisation de sa plaie lorsqu'elle crut devoir quitter le service pour rentrer chez elle. Il sera intéressant de la

retrouver un jour, car très certainement il lui surviendra une atrésie de l'orifice cervical.

Voilà donc un cas de gangrène partielle de l'utérus, limitée au col, qui me paraît se rapporter à l'usage d'un caustique. A dire vrai, je n'ai pas la certitude de l'emploi d'un caustique. La malade n'a pu, à cet égard, me donner des renseignements affirmatifs, mais vraiment l'aspect de la lésion et l'évolution des accidents évoquent nettement le mode d'action des caustiques sur le tissu utérin. Or, pour en revenir à la malade de M. Lapointe, il serait bien possible que la gangrène observée qui, je le rappelle, était très limitée, eût pour cause l'action en ce point d'un liquide caustique. Chez cette malade comme chez la mienne, on a fait usage d'une petite seringue qui a pu être le vecteur du liquide caustique.

M. Mauclaire. — Dans l'intéressant rapport de M. Picqué, il y a un premier point important, c'est celui du diagnostic de perforation réellement traumatique, comparativement à la gangrène perforante septique de l'utérus très utile. Il y a là un point de médecine légale et non traumatique à rappeler.

Au point de vue du traitement, il faut tenir compte et du siège de la perforation, et de l'état de septicémie utérine préalable. Il faudrait aussi tenir compte soit de la propreté de l'instrument perforant, soit de la septicité de la solution abortive; — ce dernier point est difficile évidemment à préciser, le plus souvent. Mais il faut savoir que beaucoup d'avortements sont actuellement pratiqués suivant les règles de l'asepsie.

Le siège de la perforation a de l'importance, car celle-ci est tantôt sur l'isthme à la face postérieure, soit sur les parties latérales, soit sur le fond de l'utérus, ce qui est le cas le plus fréquent. Le traitement peut donc varier — car si la suture peut être faite sur les perforations de la face postérieure de l'isthme ou sur celles des parties latérales, — il est préférable de faire l'hystérectomie supravaginale pour les perforations larges du fond de l'utérus.

En résumé, le traitement doit varier suivant les cas, — c'est un point que j'ai mis en relief dans la thèse de mon élève Miquel (Paris, 1902), et dans un article des *Annales de gynécologie* (1903), à propos de plusieurs observations de l'hôpital Bichat. Dans ces deux mémoires, j'ai insisté sur la nécessité fréquente de faire la laparotomie exploratrice dans tous les cas, même si l'utérus n'était pas infecté au préalable. Jusque-là les perforations étaient considérées comme devant être traitées par l'expectation, parce qu'elles peuvent être bénignes.

M. Picqué. — M. Potherat a en effet bien fait de mettre plus en lumière la variété de gangrène due à l'usage des caustiques, et je le remercie des réflexions qu'il a présentées sur ce point.

Pour ce qui est de la laparatomie exploratrice, je suis heureux que M. Mauclaire y ait insisté lui-même.

Je regrette de ne pas avoir assez dit dans mon rapport, que pour la première fois peut-être, il avait en 1902, dans la thèse de son élève Miquel, insisté sur la nécessité de recourir à la laparotomie exploratrice dans les cas douteux de perforation utérine.

Deux cas de jéjunostomie en Y avec torsion de la bouche jéjunale, par M. le Dr Souligoux.

Rapport de M. A. GUINARD.

J'ai l'honneur de vous rapporter deux observations qui nous ont été présentées par M. le Dr Souligoux. Il s'agit dans les deux cas d'une modification apportée à la jéjunostomie en Y décrite par Maydl. Avant de dire ce que je pense de cette opération, je résume ici les deux observations de M. Souligoux.

La première a trait à un homme de soixante ans, dans un état de cachexie extrême. M. Macaigne avait diagnostiqué une sténose cancéreuse du pylore. La laparotomie montra que l'estomac était envahi par le néoplasme sur ses deux faces, et que toute gastro-entérostomie était impraticable. M. Souligoux pensa aussitôt à la jéjunostomie en Y sur laquelle M. Riche venait ici même d'appeler l'attention. « J'attirai, dit-il, le jéjunum sur une étendue de 30 centimètres environ à partir de l'angle duodéno-jéjunal et je le sectionnai en ce point après ligature des vaisseaux mésentériques au point de section. Je fermai le bout supérieur et l'anastomosai avec le bout inférieur par abouchement latéro-latéral, de telle sorte que l'anastomose se trouvait située à 15 centimètres au-dessous de l'orifice du bout inférieur. Ceci fait, je tordis d'un demi-tour environ ce bout inférieur et rendis cette torsion permanente par une suture à la soie. L'intestin fut fixé ensuite à 8 centimètres de son orifice, d'abord au péritoine et à l'aponévrose, puis à la peau par des sutures muco-cutanées. Immédiatement, on introduisit dans l'orifice une sonde, par laquelle fut injecté un demi-litre de lait. La continence fut parfaite. » Le malade succomba le 10e jour, mais il n'y eut jamais la moindre ssue du liquide au dehors.

Dans la deuxième observation, c'est un homme de trente-neuf ans qui vint à Lariboisière pour des vomissements qui le tourmentaient incessamment depuis huit mois. L'état général n'était pas trop mauvais, malgré l'amaigrissement. Il y avait manifestement un rétrécissement néoplasique de l'œsophage au niveau du cardia. La laparotomie fut donc faite le 21 février 1905 pour pratiquer une gastrostomie par torsion. Mais l'exploration montra que le cardia était le siège d'un volumineux néoplasme étendu aux faces antérieures et postérieures de l'estomac avec infiltration de la partie supérieure de l'épiploon gastro-hépatique. Devant l'impossibilité d'attirer l'estomac et de le fixer à la paroi abdominale sans tiraillements, M. Souligoux se décida pour une jéjunostomie en Y avec torsion. Voici comment il décrit son opération :

« Ayant repéré l'angle duodéno-jéjunal, je dévidai à partir de ce point environ 30 centimètres de jéjunum. Un fil fut placé sur les vaisseaux mésentériques au point où je voulais pratiquer la section. L'hémostase ainsi faite, j'écrasai l'intestin avec ma pince à écrasement : deux fils de soie furent mis de chaque côté de la zone écrasée et liés ; puis l'intestin fut coupé entre les deux fils et les branches de la section furent cautérisées au thermo-cautère. Un surjet séro-musculaire fut placé sur chaque bout intestinal, de telle sorte que la tranche de section fut invaginée.

« 2° Je fis ensuite une anastomose latéro-latérale en laissant au-dessus d'elle 20 centimètres environ d'intestin.

« 3° Ces 20 centimètres d'intestin sont ramenés parallèlement à la cicatrice, le bout supérieur fermé répondant à l'extrémité supérieure de la plaie abdominale. Cet intestin fut fixé de chaque côté au péritoine, tout le long de l'incision, par des fils de soie qui passaient sur l'intestin au niveau de l'insertion du mésentère.

« 4° L'anse ainsi fixée fut ouverte à sa partie moyenne par ponction. Trois pinces saisissent la paroi intestinale et on pratique la torsion dont la persistance est assurée par des points de suture à la soie.

« 5° Rapprochement au catgut des bords de la plaie abdominale, de telle sorte que toute l'anse est enterrée, sauf le cône où se trouve placée la bouche jéjunale.

« 6° L'ouverture jéjunale est fixée à la peau par une suture muco-cutanée. »

En réalité, comme on le voit, M. Souligoux a appliqué à la jéjunostomie le procédé de torsion qu'il préconise pour la gastrostomie.

En février 1904, M. Schwartz a fait ici un rapport très étudié

sur la jéjunostomie en Y de Maydl que M. Riche avait faite deux fois récemment. Une intéressante discussion suivit la lecture de ce rapport, et à l'unanimité la Société de chirurgie fut d'avis que la jéjunostomie par un procédé quelconque avec la technique la plus parfaite, n'était qu'un pis-aller, et ne devait être pratiquée que lorsque la gastro-entérostomie est absolument impossible. En un mot, la jéjunostomie ne vit que des contre-indications de la gastro-entérostomie postérieure et antérieure. Voilà pour les indications. Reste à décider quelle est la meilleure technique à suivre pour pratiquer la jéjunostomie quand elle est indiquée.

Jusqu'ici deux grands procédés sont en présence :

1° La jéjunostomie latérale.

2° La jéjunostomie en Y de Maydl.

Il est incontestable que la jéjunostomie latérale est de beaucoup la plus simple. Il suffit de fixer l'anse jéjunale à la paroi, et en prenant la précaution de la suturer verticalement, M. Terrier nous dit (p. 219, févr. 1904) « qu'il a obtenu dans tous les cas la continence ».

Si les résultats obtenus étaient aussi constants que le dit M. Terrier, il semble qu'il ne serait venu à l'idée de personne de compliquer à plaisir cette opération : et c'est pourtant ce qu'ont fait Maydl, Riche, Karewski, Moynihan, Souligoux et bien d'autres. En réalité, l'incontinence de la fistule jéjunale latérale avait frappé la plupart des chirurgiens, et c'est pour parer à cette incontinence, à ces écoulements de bile, etc..., que chacun s'est ingénié à perfectionner la technique de la jéjunostomie. Voyons donc ce qui a été fait dans cette voie.

On a d'abord cherché à éloigner de la bouche jéjunale tous les liquides alimentaires et biliaires qui viennent de l'estomac et du duodénum : et c'est de là qu'est née la belle conception de Maydl, la jéjunostomie en Y. Or, même avec cette technique recommandée ici même par M. Riche, on a eu des écoulements de bile par la fistule, ainsi que des reflux alimentaires, au point que M. Terrier a pu dire avec raison que les « anastomoses en Y conservent leur continence beaucoup plus rarement que les abouchement latéraux simples ». Aussi Maydl recommande-t-il de couder l'intestin sous un pont cutané, pour pouvoir au besoin appliquer une pelote sur ce pont et fermer à volonté la bouche jéjunale.

Dans le même but, Kelling, de Dresde, en 1904 conseille « d'invaginer le bout qui doit être abouché à la paroi, après l'avoir fermé, puis de pratiquer au fond de l'entonnoir ainsi constitué un petit orifice dans lequel sera introduite la sonde destinée à nourrir l'opéré ».

Enfin, M. Walther (p. 218, fév. 1904), dans une jéjunostomie

latérale, a invaginé un cône de paroi intestinale et a placé une sonde dans un petit orifice pratiqué au fond de ce cône. La continence de sa fistule a été parfaite.

On voit en somme qu'on a cherché à obtenir la continence de la fistule jéjunale, par les mêmes procédés qu'on emploie pour assurer la continence de la fistule gastrique dans la gastrostomie : M. Terrier fait la jéjunostomie latérale comme il faisait sa gastrostomie. Le pont cutané de Maydl est l'analogue du procédé de Marewedel pour la gastrostomie. Enfin Kelling et Walther ne font qu'appliquer à la jéjunostomie le procédé du cône de Fontan pour la gastrostomie.

Tous ceux qui connaissent l'enthousiasme de M. Souligoux pour la torsion stomacale dans la gastrostomie (enthousiasme que je partage d'ailleurs), ne seront pas surpris qu'il ait songé à appliquer son procédé à la jéjunostomie. Dans ses deux cas, la continence a été obtenue. C'est parfait : mais au risque de paraître plus royaliste que le roi, je me demande pourquoi il a compliqué son opération en faisant, outre sa torsion, une anastomose en Y. Depuis que vous m'avez chargé de ce rapport, j'ai eu l'occasion de faire deux fois la jéjunostomie sur des malades pour lesquels on ne pouvait matériellement pas faire la gastro-entérostomie. L'un a succombé en quarante-huit heures après une anastomose en Y analogue à celle que nous a décrite M. Riche. Pour l'autre, je me suis borné à faire une jéjunostomie latérale en y joignant la torsion, telle que la fait M. Souligoux. Mon malade n'a vécu que dix jours; mais la fistule est restée parfaitement continente.

En sorte que j'arrive à cette conclusion : je ne fais la jéjunostomie que sur des cancéreux très gravement atteints pour lesquels l'opération la plus simple est la meilleure. Comme le disait si bien M. Lejars (*Soc. de chir.* févr. 1904), « les opérations de ce genre ne légitiment pas beaucoup d'espérance dans les cas de cancer très avancé ». Et comme j'ai la plus grande confiance dans la torsion de M. Souligoux qui m'a donné toujours les résultats les plus constants pour la gastrostomie, je crois inutile de compliquer mon intervention sur le jéjunum par une anastomose en Y.

Il me semble que pour être logique, M. Souligoux devrait conseiller pour la jéjunostomie, non pas *l'Y avec la torsion* mais *la latérale avec la torsion*. C'est à cette dernière opération que j'aurai recours à la première occasion. La torsion que je n'ai cessé de pratiquer depuis des années pour l'estomac, et que j'ai peut-être même faite plus souvent que M. Souligoux lui-même, me donne une telle sécurité que je ne redoute pas plus avec elle l'issue des liquides du bout stomaco-duodénal, que le reflux des

aliments par le bout inférieur. Alors, pourquoi s'embarrasser de l'anastomose en Y qui n'est plus qu'une inutile complication, pour des malades dans un état d'infime résistance.

En résumé, si l'on fait une jéjunostomie en Y, on devra toujours avoir recours à une technique qui donne une fistule continente. Au pont cutané, de Maydl, au cône à la Fontan, de Kelling, Walther, etc..., il faut joindre la torsion de M. Souligoux, comme un procédé capable de donner toute satisfaction. Mais pour ma part je penche pour la simplicité et la rapidité, quand il s'agit de cancéreux aussi avancés que les justiciables de la jéjunostomie et je crois que la jéjunostomie latérale avec le cône à la Fontan, ou comme je le préfère, avec la torsion à la Souligoux, peut donner toutes les satisfactions désirables en pareil cas.

Je ne dis pas qu'avec une simple jéjunostomie latérale on n'aura pas une fistule continente, de même qu'avec une gastrotomie simple par le procédé de M. Terrier on a eu souvent des bouches continentes : je dis seulement qu'avec la torsion les résultats m'ont paru plus constants, et c'est pourquoi je suis disposé à appliquer cette torsion à la jéjunostomie latérale, comme je l'ai fait pour la gastrostomie, depuis la première communication de M. Souligoux sur ce sujet.

Fort heureusement, depuis que les malades nous sont adressés moins tardivement par les médecins familiarisés de plus en plus avec notre précieuse gastro-entérostomie, les cas justiciables de la jéjunostomie se font de plus en plus rares : cela rend la pratique personnelle de chacun de nous fort restreinte, et les réflexions qu'on peut faire sur la jéjunostomie et sa technique paraissent basées sur des analogies et sur des considérations théoriques plutôt que sur l'examen d'un grand nombre d'observations.

C'est dans cet esprit que j'ai écrit ce court rapport, et je vous propose de remercier M. Souligoux de nous avoir apporté les intéressantes observations qui m'ont suggéré ces réflexions.

M. Terrier. — Il ne faut pas évidemment compliquer les opérations de jéjunostomie.

Car les survies que l'on obtient sont si peu considérables que cela n'en vaut généralement pas la peine.

Du reste, dans les gastrostomies, la continence qui peut être parfaite dans les premiers temps devient moindre au bout de quelques mois.

Il y a deux raisons pour cela :

1° L'extension de la néoformation de l'estomac;

2° La dilatation presque fatale qui résulte du cathéthérisme régulier de la bouche anormale.

M. Pierre Delbet. — J'ai observé le phénomène dont vient de parler M. Terrier, mais l'incontinence d'une bouche stomacale primitivement continente était due à une faute de l'infirmière.

Je fais la gastrostomie de la manière la plus simple. J'ai essayé la torsion; les résultats ne m'ont pas paru meilleurs que ceux de la méthode simple et j'y ai renoncé. Je me borne maintenant comme autrefois à suturer le péritoine de l'estomac au péritoine pariétal et je ne m'occupe pas de la muqueuse. Quand on suture la muqueuse à la peau on fait un canal qui n'a pas de tendance à se rétrécir. Au contraire, si on laisse se former entre la peau et la muqueuse un canal cicatriciel, il tend sans cesse à se rétracter et on a une bouche continente. Bien loin de se dilater avec le temps, il se rétrécit de plus en plus.

Aussi je fus très étonné en constatant récemment, chez un malade que j'ai gastrostomisé il y a quelques mois, que la bouche était devenue incontinente. L'infirmière qui était chargée de le gaver ayant trouvé qu'elle avait trop de peine à introduire la sonde au moment des repas, l'avait laissée à demeure pendant plusieurs jours. Il a suffi de retirer la sonde pour voir reparaître la continence.

M. Reclus. — Je ne suture jamais la muqueuse à la peau et même je l'enfouis sous la peau. La seule difficulté en pareil cas est d'ouvrir l'estomac et d'y introduire la sonde. La stomacale ainsi faite a une forte tendance à l'oblitération et il faut de temps en temps laisser la sonde à demeure un jour ou deux pour recalibrer le trajet qui se rétrécit.

M Terrier. — Il y a une très grande différence au point de vue de la continence entre une gastrostomie pour cancer et une gastrostomie pour affection non organique.

J'ai eu des malades de cette dernière catégorie qui ont été nourris pendant plusieurs années avec une bouche continente, si bien que l'ouverture anormale tendait plutôt à se fermer qu'à se dilater, comme l'a signalé M. Delbet.

M. Routier. — Je pratique depuis fort longtemps la gastrostomie par un procédé très simple, puisque par quatre points de crin j'accole l'estomac à la paroi; la seule difficulté de l'opération, c'est de perforer l'estomac et d'y introduire la sonde.

Dans ces cas, que l'opération soit faite pour un cas de cancer, ou qu'il s'agisse d'une sténose de l'œsophage, nos malades sont continents; j'ai en ce moment un malade opéré par moi il y a neuf ans, qui est parfaitement continent.

Il est bien entendu que mes malades ne gardent pas leur sonde à demeure, qu'on la passe seulement au moment des repas, et il est fréquent de voir survenir un rétrécissement tel de l'orifice qu'il faut le rouvrir avec une sonde cannelée ou une bougie un peu résistante.

M. Quénu. — J'apporterai dans la prochaine séance une observation de jéjunostomie. Je me borne aujourd'hui à quelques remarques sur la technique de la gastrostomie. Je n'accorde pas une très grosse importance à la non-suture de la muqueuse à la peau. J'ai observé comme M. Delbet un exemple d'incontinence temporaire tenant à la mise à demeure inconsidérée de la sonde. Il m'a suffi de faire enlever la sonde pour y remédier, et depuis six ans que mon malade porte sa bouche gastrique, la continence est bonne. Puisqu'on vient de parler des résultats éloignés de la gastrostomie, je veux signaler une évolution rare et pour ainsi dire inverse : je vous ai présenté il y a sept ans un enfant de cinq ans auquel j'avais pratiqué une gastrostomie pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Un an après, l'enfant, qui avait depuis plusieurs mois recommencé à se nourrir par la bouche, fut de nouveau repris de dysphagie. Je constatai que l'orifice gastrique était cicatrisé. Je fis une laparotomie et je constatai que l'estomac s'était éloigné de la paroi abdominale et que sa face antérieure n'était plus reliée à la paroi abdominale que par un filament péritonéal. Je dus refaire une nouvelle et complète gastrostomie.

Communication.

Prostatectomie transvésicale.

M. Duval lit une observation sur ce sujet. Rapporteur : M. Legueu.

Présentation de malade.

Abcès chronique intradural déterminé par une balle extradurale.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade que j'ai trépané pour un abcès chronique intraduremérien

déterminé par une balle qui était cependant en dehors de la dure-mère. Voici en quelques mots l'histoire de cet homme.

Le 18 mars, il reçut une balle dans la tempe droite; il ne perdit pas connaissance et fut amené à l'hôpital Laënnec le jour même de l'accident. On voyait l'orifice d'entrée au milieu de la région temporale; il existait une tuméfaction au-dessus de l'arcade zygomatique et c'était tout. Il n'y avait pas d'ecchymose conjonctivale; le malade n'avait pas perdu de sang par l'oreille; il ne présentait aucun trouble ni de la vision, ni de l'audition, ni de la motilité des muscles de la face. Le pouls était normal et comme tension et comme fréquence, en sorte que rien ne permettait d'affirmer que la balle eût pénétré dans le crâne. Je m'abstins de toute intervention active et on fit seulement l'asepsie de l'orifice d'entrée.

Une radiographie faite le lendemain montra que la balle s'était divisée en deux fragments, l'un de moindre dimension qui paraissait logé dans l'épaisseur du ptérygoïdien interne, l'autre qui avait pénétré dans le crâne.

Sur ces entrefaites, la température s'était élevée, elle atteignit 39 degrés le matin du troisième jour, en même temps que paraissaient de violentes douleurs de tête. Je craignais une méningite, mais aucun autre symptôme ne se manifesta et la température baissa rapidement.

Cependant la céphalée persistait; le malade était agité et présentait, la nuit, du subdélirium.

Le troisième jour, je fis une ponction lombaire. On n'a malheureusement pas noté la quantité de liquide céphalo-rachidien qui fut enlevée et je ne me la rappelle pas exactement. Ce liquide n'était pas rosé; cependant l'examen microscopique montra qu'il renfermait un grand nombre d'hématies.

Les douleurs de tête diminuèrent, mais progressivement, de sorte qu'on ne peut dire que l'évacuation du liquide céphalo-rachidien ait eu sur elles une grande action. Tout rentra peu à peu dans l'ordre et le malade quitta l'hôpital sur sa demande le 3 avril.

Mais bientôt les douleurs de tête reparaissent avec de légers étourdissements, et tout travail devient impossible. Le malade rentre dans mon service pour la seconde fois le 28 avril.

Il se plaignait tout simplement de céphalée. La douleur était mal localisée, mais cependant prédominante du côté droit. La pression ne la modifiait pas, mais elle était manifestement augmentée par la position horizontale. Il n'y avait pas de modification du pouls, pas d'élévation de la température, mais il existait du côté droit une légère mydriase. La pupille réagissait bien et à

la lumière et à l'accommodation, mais elle était toujours un peu plus dilatée que celle du côté opposé.

En m'appuyant sur cette mydriase légère, sur la céphalée et son aggravation par la position horizontale, je fis le diagnostic d'abcès chronique intracranien. De nouvelles radiographies furent faites par M. Contremoulin pour localiser le projectile. Sur ces radiographies, on voyait au voisinage de la balle une zone plus claire, qui me parut corroborer mon diagnostic.

J'opérai ce malade le 8 mai.

L'orifice d'entrée était situé à 2 centimètres au-dessus de l'arcade zygomatique et à 3 millimètres en arrière de l'apophyse orbitaire externe du frontal. Mais la localisation radiographique montrait qu'elle était située bien plus bas que son orifice d'entrée. Comme je n'étais pas sûr de pouvoir l'atteindre sans faire la résection temporaire du zygoma, comme je ne voulais pas couper transversalement toutes les fibres du temporal, je taillai un lambeau musculo-cutané à concavité inférieure ayant sa base sur l'arcade zygomatique. Je découvre ainsi la partie supérieure de la fosse temporale et je rugine l'os jusqu'à la crête temporale de la grande aile du sphénoïde. L'orifice d'entrée de la balle est à 5 millimètres au-dessus de cette crête; il est visible, mais complètement obstrué par des esquilles adhérentes et ne laisse pas passer la sonde cannelée. Je fais une trépanation avec la fraise ovale de M. Bercut. J'arrive ainsi sur la dure-mère et constate de suite qu'elle ne bat pas. On n'y voit d'ailleurs aucune trace de perforation. J'enlève une esquille et deux petits fragments de balle. L'appareil de M. Contremoulin étant appliqué montre que la balle elle-même est située plus bas. J'agrandis alors l'orifice osseux, toujours avec l'instrumentation de M. Bercut, qui m'a paru excellente, et décollant la dure-mère j'arrive à sentir la balle qui est située sur la base du crâne, à la partie tout à fait antérieure de la fosse moyenne et enchâssée dans la base de la grande aile du sphénoïde. Je la mobilise avec une curette et je l'extrais avec une pince. Vous voyez qu'elle est très déformée.

Je porte alors mon attention sur la dure-mère, qui, bien que ne présentant aucune trace de perforation, ne battait pas, je vous l'ai déjà dit. Je constate en outre en la palpant qu'elle est mollasse et donne presque une sensation de fluctuation. Je l'incise et il s'écoule une petite quantité de pus crémeux, épais (à peine une cuillerée à café) dont une partie est recueillie avec une pipette stérilisée. Je constate avec une sonde cannelée que l'abcès s'étend un peu en arrière. J'enlève, toujours avec la fraise de M. Bercut, une petite lame d'os et je prolonge en arrière mon incision à la dure-mère, mais là le bistouri franchit une mince couche de tissu cérébral

adhérent avant d'arriver dans la petite cavité de l'abcès.

Je plaçai deux petits drains à la base du lambeau, l'un dans l'incision antérieure, l'autre dans la postérieure, et je suturai le reste.

Les douleurs de tête ont disparu immédiatement pour ne plus reparaître. Mais le malade eut dans la nuit qui suivit l'opération une hémoptysie et une autre le troisième jour. Est-ce à cela qu'il faut attribuer une élévation de température à 39 degrés qui se produisit le second jour? je n'en sais rien. Toujours est-il que cette élévation thermique est restée unique et que le malade n'a présenté aucun symptôme inquiétant. Le troisième jour, on enleva les drains qui n'avaient pas donné une goutte de pus, et ce jour-là même le malade commença à se lever.

Les fils furent enlevés le neuvième jour et le malade a quitté l'hôpital le seizième, complètement guéri. Vous pouvez constater qu'il est en parfait état. Je ne me suis pas occupé du fragment de balle qui est dans le ptérygoïdien interne et dont il ne soupçonne même pas l'existence.

L'absence de toute suppuration post-opératoire s'explique par le résultat des ensemencements qui ont été faits avec le pus de l'abcès. Tous les milieux sont restés stériles.

Il s'agit donc dans ce cas d'un abcès intraduremérien qui s'est développé sans perforation de la dure-mère à la suite d'une contusion par une balle qui avait cheminé obliquement entre la dure-mère et l'os. Cet abcès, probablement peu septique dès le début, est devenu par la suite complètement stérile.

Il était situé en grande partie dans les méninges. Pénétrait-il dans la substance cérébrale elle-même? Il est difficile de le dire. En tout cas, à sa périphérie il y avait des adhérences intimes de l'écorce cérébrale à la dure-mère.

Je tiens à dire en terminant que l'appareil à localisation de M. Contremoulin et l'instrumentation de M. Bercut m'ont rendu dans ce cas de grands services.

Le Secrétaire annuel,

P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 6 JUIN 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. FÉLIZET, MAUCLAIRE et MICHAUX, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'un travail adressé par M. BRAULT (d'Alger), membre correspondant, intitulé : *Mycétome du pied* (sera publié prochainement avec les figures).

Errata.

Dans la communication de M. SEGOND (séance du 23 mai 1906),
Page 500, ligne 27, *lire* : Destot, *au lieu de* : Hudelo;
Page 501, ligne 4, *lire* : Destot, *au lieu de* : Delbet.

A l'occasion du procès-verbal.

De la jéjunostomie.

M. Quénu. — Il est entendu qu'en cas de cancer de l'estomac nous réservons la jéjunostomie aux formes infiltrées pour lesquelles la gastro-entérostomie ne serait d'aucune ressource. Je suis bien prêt de me rallier à la formule déjà donnée en 1904 par Terrier, de faire l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire la jéjunostomie latérale. En tout cas la jéjunostomie en Y telle que la pratique Maydl, avec abouchement à l'angle inférieur de la plaie du bout inférieur, ne m'a pas paru suffisante pour assurer la continence. Dans la discussion soulevée par le rapport de Schwartz en 1904, je me proposais de rechercher la continence dans la petitesse de l'orifice fait à l'intestin, *latéralement*, après fermeture complète du bout inférieur; en un mot je proposais de fermer le bout inférieur et de pratiquer sur lui une entérostomie latérale comparable aux gastrostomies par le procédé Terrier. J'ai mis ce plan à exécution en janvier 1905 chez un homme de quarante-huit ans que m'avait adressé le D[r] Landel,

L'estomac était envahi en totalité, le malade ne pouvait plus absorber aucun liquide; je l'opérai le 23 janvier 1905.

Après abouchement du bout proximal à 25 centimètres de la section du bout distal, j'oblitérai celle-ci par une double rangée de sutures, puis j'attirai dans la plaie cutanée un petit entonnoir de la face latérale de l'intestin que je fixai à la peau. Le lendemain j'enfonçai un trocart à hydrocèle dans l'intestin et je commençai à nourrir mon malade dès le surlendemain en lui injectant avec l'entonnoir :

1.400 grammes de lait,
4 jaunes d'œuf,
20 grammes de cognac;

A partir du quatrième jour je fis ajouter du tapioca et une à quatre cuillerées à bouche de farine de maïs. Le relevé des repas fut minutieusement fait chaque jour; et la continence de l'intestin ne cessa pas d'être absolue. Malgré cette alimentation, le malade succomba le 11 février soir, soit douze jours après l'opération, sans complication d'aucune sorte.

Plaies de poitrine.

M. Routier. — C'est encore sous l'impression des diverses communications qui ont été faites ici dans la dernière séance, et par conséquent sans idée bien arrêtée sur la conduite à tenir, que j'ai dû me déterminer samedi dernier en face d'une plaie du poumon par balle de revolver.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, solide et fort, s'est tiré presque à bout portant un coup de revolver dans la région sternale, au niveau des 3es cartilages costaux.

Le revolver était chargé de cartouches en cuivre longues et minces comme un crayon, la balle est cylindrique et a, paraît-il, une grande puissance de pénétration.

La plaie de pénétration est en plein sternum, l'os a été traversé.

Une heure après, le jeune homme, très pâle, avait eu deux syncopes, était dans son lit, exsangue, le pouls misérable.

Six heures après, 36,7, 38 respirations, état anxieux ; sonorité à gauche, le poumon paraît fonctionner normalement.

Matité à droite et sur les parties latérales, car je n'ai pas osé faire asseoir le blessé ; bruit skodique sous la clavicule droite ; emphysème sous-cutané de toute la base du cou, remontant presque aux mastoïdes. Pouls rapide, petit, 120.

L'état est inquiétant, mais il me semble que si on y ajoute une anesthésie et le choc opératoire inévitable de l'ouverture du thorax, et de la recherche de la plaie du poumon qui est certaine, et de la source de l'hémorragie qui est peut-être et très probablement double, pulmonaire et pariétale, j'ai l'impression, dis-je, que ce jeune homme est perdu.

Je préfère courir le risque de l'expectation, j'applique une forte vessie de glace sur la région sternale, et fais prendre des grogs toutes les heures.

Le soir, le blessé ne va pas plus mal, mais il a vomi trois fois de la bile.

Nous espérons que ces vomissements sont dus à une injection de morphine, faite à deux heures pour calmer la douleur très violente du côté droit.

Le lendemain, l'état n'était pas pire le matin, mais, dans la journée, la douleur le long des côtes droites était très violente, la dypsnée augmentait, et le soir on avait 38°6.

Le cœur était repoussé à gauche à quatre travers de doigt en dehors du mamelon, la matité du côté droit de la poitrine était plus complète et le bruit skodique sous-claviculaire plus aigu.

Aussi, je crus devoir pratiquer une ponction aspiratrice, que je

fis dans la ligne auxiliaire, et qui me permit de retirer un litre un quart de sang noir; à ce moment le malade se mit à tousser et, le liquide venant moins franchement, je retirai le trocart.

La nuit fut meilleure; le lendemain, le cœur avait repris sa place, la dyspnée était moindre; l'emphysème sous-cutané persiste, mais sans aggravation.

Nous oscillons en ce moment entre 37°6 le matin, 38°4 le soir, avec 88 pulsations et 28 respirations par minute, sans frisson; la langue est parfois sèche, mais l'alimentation par le lait, le bouillon et le grog est très suffisante, et je suis convaincu que nous marchons vers la guérison.

Éviterons-nous la transformation purulente de l'hémopneumothorax qui persiste? Je l'espère, mais même avec cette complication, nous serions encore en droit d'arriver à bon port.

Je reste convaincu, pour ma part, que mon malade serait mort si j'étais intervenu, et cependant dès le début mon diagnostic était formel : plaie du poumon et hémorragie interne.

Rapport.

Traumatisme du carpe, par M. Dujarier.

Rapport par M. PIERRE DELBET.

Notre collègue Dujarier nous a présenté il y a quinze jours un malade atteint de cette lésion complexe du carpe dont je vous ai entretenu il y a trois semaines.

Dans ce cas il n'y avait pas eu de fracture du scaphoïde ni du pyramidal, et le semi-lunaire était resté seul fixé au radius. Le grand os s'était luxé en arrière en entraînant la totalité du scaphoïde et du pyramidal. C'est l'une des variantes de la lésion dont je vous ai parlé et je me suis appliqué à montrer qu'elle ne diffère ni au point de vue du mécanisme, ni au point de vue des symptômes, ni au point de vue du traitement des faits où une portion du scaphoïde ou du pyramidal fracturés restent fixés au semi-lunaire et aux os de l'avant-bras.

Les radiographies montrent en outre que dans ce cas le semi-lunaire avait basculé en avant.

C'est sans doute en raison de cette bascule que l'observation de ce malade a été publiée et dans les bulletins de la Société anatomique et dans la thèse de Louis Née sous le titre de luxation du

semi-lunaire. J'ai soutenu que cette dénomination est tout à fait vicieuse; je suis d'autant moins tenté de revenir sur ce point que mon maître, le professeur Kirmisson, confirmant ma manière de voir, a montré qu'il y avait là une véritable erreur de nomenclature. Je me borne à rappeler que dans ces traumatismes le semi-lunaire suit le radius avec lequel il conserve ses connexions. C'est secondairement et dans certains cas seulement que le grand os luxé pressant sur le dos du semi-lunaire lui fait exécuter un mouvement de rotation qui le fait tourner autour du ligament radio-semi-lunaire intact comme sur une charnière.

Il y a deux points particulièrement intéressants dans l'histoire du malade de M. Dujarier. Le premier, c'est qu'il a été soigné pendant un mois par le massage sans aucun résultat. On n'avait pas fait de tentative de réduction. Le poignet avait conservé cette fixité sur laquelle mon maître, M. le professeur Segond, a si justement insisté. L'accident étant arrivé le 29 janvier, c'est le 8 mars 1905 que Dujarier fit la résection du semi-lunaire. Il n'y avait pas de compression du médian.

Le second point intéressant, c'est qu'aujourd'hui, après plus d'un an, nous pouvons juger du résultat de cette résection et je déclare qu'il me paraît très satisfaisant. Les doigts ont recouvré leur mobilité et leur force; les mouvements d'extension et de flexion du poignet sont considérables; à la vérité ils ne sont pas aussi étendus que du côté sain, mais il faut dire que ce malade a des articulations carpiennes d'une souplesse remarquable. Du côté opéré, il exécute des mouvements à peu près aussi étendus que ceux que je fais moi-même et je ne vous cacherai pas que cela me paraît suffisant.

Ce fait nous permet donc de juger et de l'inefficacité du massage et de l'efficacité de la résection. C'est à ce double point de vue qu'il est fort intéressant. Aussi je vous propose de remercier M. Dujarier de nous l'avoir présenté.

Communication.

1° *Occlusion intestinale par coudure de l'S iliaque. Laparotomie. Redressement de l'anse. — 2° Rétrécissement du côlon. Anus cæcal. Exclusion du côlon. Iléo-sygmoïdostomie. Guérison de l'anastomose iléo-sygmoïdienne. Echec secondaire de l'exclusion,*

par M. BAZY.

Les résultats expérimentaux d'exclusion unilatérale de l'intestin chez le chien produits par MM. Souligoux et David, m'avaient beaucoup séduit. C'est pourquoi, ayant un cas dans lequel l'application pouvait en être faite, j'ai cru devoir y procéder.

Voici l'observation de la malade chez laquelle j'ai fait cette opération.

Cette observation peut être divisée en deux parties.

Dans une première partie, nous nous trouvons en présence d'une occlusion intestinale de siège un peu incertain tout d'abord et pour laquelle une opération s'impose.

Dans le cours de cette opération, je constate, après avoir levé le cours de l'occlusion, qu'il existe un rétrécissement du côlon au-dessus du siège même de l'occlusion, et l'existence de ce rétrécissement m'oblige à un anus cæcal.

Dans une deuxième partie, ou dans une deuxième étape, je décide pour supprimer les accidents liés au retrécissement du côlon, et aussi accessoirement pour guérir l'anus cæcal, d'exclure le côlon et de pratiquer une iléo-sygmoïdostomie.

Voici maintenant cette observation.

Mme M..., cinquante-six ans, est soignée depuis longtemps pour des accidents gastro-intestinaux qui peuvent se résumer dans des alternatives de constipation et de diarrhée ; souvent elle passait huit à dix jours sans aller à la garde-robe. Au bout de ce temps, elle était prise de coliques assez violentes soit spontanées, soit provoquées par des laxatifs ; elle expulsait des matières dures, fermes, puis molles, et enfin avait de la diarrhée qui durait un ou deux jours. Elle était tranquille pour quelques jours, puis recommençait à souffrir.

C'est une de ces périodes qui s'est terminée par l'occlusion intestinale pour laquelle j'ai dû intervenir.

Les laxatifs étant impuissants, sur les conseils du professeur A. Robin on avait employé l'électricité, sous forme de lavements

électriques qui avaient été donnés par le Dr Régnier ; pendant cinq jours les lavements avaient été impuissants.

Au moment d'appliquer le sixième lavement, le Dr Paulin Moizard remarqua que le pouls était devenu rapide, le faciès légèrement altéré. Il laissa cependant appliquer le lavement ; mais ce sixième lavement n'ayant rien donné, je fus appelé à voir la malade, que je vis à 2 heures et demie le 28 janvier dernier.

Je la trouvai fatiguée, le pouls à 120, les traits tirés, le nez pincé.

Le ventre était ballonné partout ; mais pendant plusieurs jours le Dr Paulin Moizard avait pu constater une accumulation de matières fécales dans la fosse iliaque. Le ballonnement était trop marqué pour que j'aie pu la sentir. Le toucher rectal était négatif, on ne sentait pas de néoplasme ; en revanche, en avant du rectum dans le bassin on sent une tumeur qui remplit complètement l'excavation pelvienne ; elle paraît d'une forme résistante, repousse l'utérus en avant ; on la sent de même par le toucher vaginal ; elle paraît alors faire corps avec l'utérus, tellement celui-ci est immobile et appliqué contre la symphyse pubienne.

La dureté paraît telle qu'il est impossible de songer à autre chose qu'à une tumeur ; il est vrai que la douleur que détermine le toucher empêche de donner de la précision à l'examen, ce qui explique l'erreur que révélera plus tard l'opération en montrant que cette tumeur est constituée par des matières fécales assez molles cependant pour garder l'empreinte du doigt.

Quoi qu'il en soit, malgré l'incertitude du cas qui paraissait complexe, la malade paraissait avoir des symptômes de retrécissement intestinal d'une part, et d'autre part une tumeur pelvienne ; il était indiqué de faire une laparotomie exploratrice, et de se comporter ensuite en obéissant aux indications.

C'est ce que je fais le jour même, avec le concours de MM. les Drs Huguier et Mouchotte, et le Dr Paulin Moizard donnant le chloroforme.

Laparotomie sous-ombilicale.

La main plonge dans le petit bassin pour reconnaître la nature de la tumeur, et rencontre cette tumeur dans laquelle le doigt peut s'enfoncer assez facilement, et qui est par conséquent constituée par une accumulation de matières fécales.

Je n'ai pas de peine à voir que ces matières fécales sont contenues dans l'S iliaque tombée dans le petit bassin, tandis que le rectum restait bien fixé ; je pensais que cette accumulation s'était faite et n'avait pu se faire que grâce à un rétrécissement siégeant à l'extrémité supérieure du rectum ; il n'en était rien.

Je relève donc avec la main cette anse contenant les matières

qui s'étaient accumulées haut dans le côlon ; je puis ainsi me rendre compte qu'il n'y a pas la plus petite induration, la plus petite bride, le plus petit rétrécissement, et, en fait, je pétris à travers la paroi cette masse stercorale, et j'en fais passer une bonne partie dans le rectum.

Ces manœuvres faites, j'inspecte le reste du côlon, et tout d'abord je vois proéminant en partie dans la plaie un gros, un énorme boudin verdâtre constitué par le cæcum qui arrive donc jusqu'à la ligne médiane. Cette distension surtout gazeuse est hors de proportion avec la dilatation des autres parties du gros intestin et notamment de l'S iliaque et du reste du côlon.

Explorant donc le côlon dans sa partie supérieure, je ne tarde pas à sentir qu'il est bridé surtout au niveau de l'angle droit par des adhérences, des indurations : il existe donc à ce niveau le rétrécissement intestinal diagnostiqué et qui tourmente la malade depuis de si longues années.

Les manœuvres que j'ai pratiquées sur le côlon iliaque et qui, je l'espère, doivent aboutir à la sortie facile des matières fécales ne sont donc pas suffisantes, — et n'obvieraient pas aux accidents causés par le rétrécissement colique dont la distension du cæcum est la conséquence ; — aussi décidé-je, séance tenante, de fermer la plaie médiane et de faire un anus cæcal.

Pour cela, je fais une incision dans la fosse iliaque droite, — le cæcum est dans la plaie, — je veux le suturer à la paroi : il se déchire, tellement il est friable ; je ferme la déchirure par une pince plate et, en redoublant de précaution, je peux faire cette suture, me réservant d'enlever la pince au bout de vingt-quatre heures quand les adhérences seraient suffisamment organisées.

Occlusion au stérésol de la suture médiane. La malade est reportée dans son lit, où on lui fait une injection sous-cutanée de sérum physiologique.

Le lendemain soir, la débâcle commença par l'anus, il y eut une première selle très abondante de matières pâteuses.

Elle fut suivie en quelques heures d'une autre non moins abondante, et de trois autres non moins abondantes dans les quarante-huit heures qui suivirent ; on ne pouvait se figurer qu'il pût y avoir tant de matières dans l'intestin.

La pince du cæcum est enlevée après vingt-quatre heures mais pendant deux jours il ne s'écoule rien que quelques glaires, puis il s'écoule des matières fécales liquides, mêlées de glaires très irritantes qui font désunir la plaie cutanée en partie.

Ce seront du reste le plus souvent des matières semi-liquides et irritantes mêlées de glaires qui s'écouleront ultérieurement par cette plaie.

La malade a eu de la fièvre qui était due à des résorptions intestinales; il suffisait, pour la faire tomber, de donner un purgatif léger.

La muqueuse du cæcum n'a jamais été rouge ni rosée; elle est toujours restée brunâtre.

La malade a dû toujours être alimentée avec des pâtes et des farineux.

Elle n'a eu que deux petites garde-robes naturelles pendant les deux mois qui ont suivi.

L'état général étant suffisamment bon, il fallait songer à obvier aux accidents dus au rétrécissement du côlon. La solution qui s'imposait était l'occlusion unilatérale du côlon et une entéro-anastomose.

Le 11 avril dernier, je procède à cette opération avec le concours de mes élèves, les Drs Deschamps et Vézard. Le Dr Paul Boncour donnait le chloroforme.

Je rouvre la plaie médiane.

Je trouve l'épiploon un peu épaissi; pas d'adhérences ni de l'épiploon ni de l'intestin.

Je saisis la fin de l'iléon et l'S iliaque et cherche les meilleures places pour l'anastomoser. Malgré la légèreté des tractions exercées sur le côlon iliaque, celui-ci se déchire très légèrement sur une étendue de 1 centimètre, le péritoine étant seul intéressé; c'est un avertissement.

C'est à 12 à 15 centimètres environ du cæcum qu'il convient de faire l'anastomose de l'iléon.

Je commence à faire un écrasement de l'intestin au moyen de l'instrument de J.-L. Faure. Je place à ce niveau une ligature à la soie modérément serrée, et je réunis les deux bouts de l'intestin par une suture à la Lembert, suivant en cela le procédé de MM. Souligoux et David, puis je fais l'anastomose iléo-sigmoïdale par les deux plans de suture classique.

Dès le lendemain, la malade avait une garde-robe diarrhéique.

L'anus cæcal a été tari pendant trois semaines, puis a recommencé à laisser écouler des matières sans que les selles par l'anus vrai aient disparu.

La guérison n'est interrompue que par un abcès de la cuisse survenu à la suite d'une injection de sérum artificiel.

La malade n'a plus actuellement que son entérite muco-membraneuse qui lui donne des garde-robes subites et dont les médecins viendront, je crois, à bout.

Quant à la fistule cæcale, je n'y ai encore rien fait.

En somme, c'est un succès à l'actif du traitement des rétrécissements du côlon par l'iléo-sygmoïdostomie, mais échec de l'occlu-

sion unilatérale du côlon par le procédé de MM. Souligoux et David.

Je dis un échec, car au moment où j'écrivais ces lignes, rien n'était passé par l'anus cæcal; mais vers le 25 mai ont commencé à passer des matières fécales, et depuis ce moment, il en sort à peu près autant par cet anus artificiel que par l'anus naturel.

La malade est donc restée plus de quarante jours sans que rien ne sortît par l'anus cæcal.

M. Moty. — L'intéressante observation de M. Bazy me rappelle que dans le cas d'obstruction intestinale pour coprolithe volumineux de l'S iliaque que j'ai présenté il y a six mois à la Société de chirurgie, l'accumulation des matières s'était faite non pas immédiatement au-dessus de l'obstacle, mais dans la terminaison de l'intestin grêle, le côlon restant lui-même à peu près vide et moins volumineux que ce dernier; celui-ci était distendu par des matières pâteuses dont j'estime le volume à plus de deux litres et qui s'évacuèrent en une série de selles multiples les troisième et quatrième jours après l'intervention.

J'estime donc que les matières étaient retenues au-dessus de la valvule de Bauhin par un phénomène spasmodique de nature réflexe, et que le rôle du système nerveux ne doit pas être négligé dans l'interprétation des phénomènes consécutifs aux étranglements internes.

M. Quénu. — Il ne me semble pas que l'interprétation de M. Bazy soit exacte, rien ne démontre dans son observation le rôle d'une coudure de l'S iliaque; où se ferait cette coudure anormale? l'anse sigmoïde est coudée par définition; j'accorderais plus d'importance au rôle de l'inertie musculaire et à l'accumulation des matières par cette inertie chez une vieille intestinale.

M. Bazy. — Je pensais avoir suffisamment insisté sur les faits suivants :

1° La vacuité du rectum;

2° La présence d'une tumeur constituée par des matières fécales située en avant de ce rectum vide;

3° La possibilité de relever cette masse fécale et de faire passer les matières de l'S iliaque dans le rectum;

4° La distension du cæcum par des gaz;

5° L'évacuation par l'anus de matières solides molles pendant plusieurs jours après l'opération;

6° Le fait que les matières qui sont sorties par le cæcum ne sont sorties que plusieurs jours après. Il serait bien extraordinaire que des matières fussent passées de l'iléon dans le cæcum,

fussent passées devant cette porte ouverte, sans en profiter pour sortir afin d'aller sortir par l'anus normal.

Les objections qui m'ont été faites ne me paraissent donc nullement s'appliquer au cas que je viens de publier et à l'interprétation que j'ai donnée de lésions et de dispositions précises que j'ai observés, vues, et touchées.

Présentation de malade.

Tumeur du cou.

M. Walther. — Jeune fille de dix-neuf ans, portant une tumeur du cou, tumeur congénitale, développée depuis sept ans. Cette tumeur, qui semble avoir eu pour point de départ la partie inférieure de la région parotidienne, empiète aujourd'hui sur les régions voisines, sous-maxillaire, sterno-mastoïdienne. Son volume est environ celui d'une orange; sa consistance très molle, partout égale.

Je crois qu'il y a là une fausse sensation de fluctuation et qu'il s'agit d'une tumeur en grande partie solide, soit d'un lipome congénital soit d'un lymphangiome avec mélange de lipome et non pas d'une tumeur avec grande cavité kystique.

M. Kirmisson. — Je pense qu'il s'agit d'un lymphangiome et que l'extirpation est indiquée.

M. Demoulin. — Je suis de l'avis de M. Kirmisson, et je pense qu'il s'agit d'un lymphangiome pour lequel l'extirpation est formellement indiquée.

M. Broca. — Puisque les paris sont ouverts sur ce que Walther va trouver chez cette malade — qu'en tout état de cause il faut opérer — je dirai que je crois à un kyste congénital, mais je n'y trouve pas les caractères habituels du lymphangiome kystique multiloculaire ou uniloculaire, et à mon sens il s'agit d'un kyste dermoïde à poche épaisse et à contenu lactescent.

M. Le Dentu. — Je considère que le diagnostic de lymphangiome n'est pas certain et qu'on ne peut poser que le diagnostic de tumeur congénitale complexe.

L'extirpation ne peut être mise en discussion.

Le Secrétaire annuel,

H. Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 13 JUIN 1906



Présidence de M. SECOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — M. KIRMISSON dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Boureau (de Tours) intitulé : *Extraction d'une balle logée dans le lobe frontal droit*, etc.

Ce travail est renvoyé à une commission dont M. KIRMISSON est nommé rapporteur.

Rapports.

Sur une observation du Dr TILLAYE (de Tours), intitulée : *Septicémie à tétragènes*,

Rapport par M. E. KIRMISSON.

Messieurs, sous le titre de *Septicémie à tétragènes*, mon ancien interne, le Dr Tillaye (de Tours), nous a adressé l'observation suivante :

Le 14 septembre 1905, il était appelé en consultation près d'un jeune homme de vingt-trois ans, soigné depuis le 26 août pour

une fièvre continue; la température oscillait entre 37°5 le matin et 39 degrés ou 39°5 le soir. Depuis quelques jours, ce jeune homme éprouvait de la pesanteur sur le rectum, la défécation était douloureuse, et le toucher rectal permettait de constater une volumineuse collection prostatique, manifestement fluctuante. Quelle était l'origine de cet abcès? C'est ce qu'il était fort difficile de préciser, en dehors de tout antécédent pathologique du côté de l'urètre, des organes génitaux et du rectum. Les urines ne renfermaient ni pus, ni sucre, ni albumine.

Quoi qu'il en soit, dès le lendemain, 15 septembre, M. Tillaye pratiquait, par la voie rectale, l'ouverture de cette poche fluctuante, qui donna issue à 150 grammes environ de pus bien lié et très épais. La poche fut lavée à l'eau oxygénée coupée par moitié d'eau bouillie, et on y plaça un gros drain; il ne se produisit pas d'hémorragie.

Le soir même, la température tombe à 36°8, mais, dès le lendemain, 16 septembre, le malade se plaint d'une douleur lancinante au niveau de la parotide droite. Il y a de l'empâtement en avant de l'oreille droite.

Le soir de ce même jour, une hémorragie très abondante se produit dans la poche prostatique et force à recourir au tamponnement.

Le 17 septembre, on sent un point fluctuant au niveau de la parotide droite, et l'on donne issue au pus. Mais, en même temps, l'examen du malade révèle l'existence d'une collection fluctuante sous-cutanée sur la face antérieure du bras et de l'avant-bras gauche.

Une ponction de l'abcès de l'avant-bras est faite avec un trocart stérilisé, afin de recueillir le pus en vue d'un examen bactériologique. On prend en même temps du sang sur l'index droit; pus, sang et urine sont envoyés à M. Javillier, professeur à l'Ecole de médecine de Tours, qui remet la note suivante :

1° *Examen bactériologique du pus.* — Examen direct sur lamelles après coloration appropriée;

L'espèce dominante de beaucoup est le micrococcus tetragenes; quelques staphylocoques, par groupes d'éléments peu nombreux (3 à 6); cocci isolés. Pas de microbes dont l'aspect morphologique et les caractères de coloration rappelleraient le bacille d'Eberth ou le colibacille. La recherche du bacille de Koch est restée négative.

2° *Examen du sang.* — Le séro-diagnostic est resté négatif.

3° *Examen des urines.* — Pas de sucre; trace d'albumine en petite quantité. Recherche du bacille de Koch négative.

Mais l'infection poursuit sa marche; le 18 septembre, le malade

ressent des douleurs au niveau de la parotide gauche; une incision devient nécessaire en ce point.

Puis, on incise les abcès du bras et de l'avant-bras et un autre abcès situé sur la face externe de la jambe droite.

La suppuration des régions parotidiennes est très abondante; cependant, à la fin de septembre, elle est à peu près tarie. Néanmoins, la température oscille toujours entre 37°5 le matin et 39 degrés le soir; aussi M. Tillaye, soupçonnant l'existence de quelque nouvelle collection purulente, examine-t-il soigneusement son malade, sans rien pouvoir trouver d'anormal; l'incision de l'abcès prostatique est complètement cicatrisée.

Mais le 1er octobre, en palpant la région lombaire droite, on trouve une tuméfaction périnéphrétique, qui est ouverte le 3 octobre et donne issue à 250 grammes environ de pus jaunâtre et crémeux. Puis, c'est la région lombaire gauche qui devient à son tour le point de départ d'une collection semblable, qui est incisée également.

L'examen du pus de ce dernier abcès y montre peu de microorganismes; on y rencontre surtout du staphylocoque associé à quelques tétragènes.

Le malade s'amaigrit de plus en plus; la collection périnéphrétique gauche remonte jusqu'au diaphragme. Des escarres se forment au sacrum, et le malade finit par succomber le 24 octobre, près de deux mois après le début de l'affection.

Telle est, Messieurs, la triste odyssée du malade de M. Tillaye. L'observation en elle-même est intéressante comme contribution à l'étude des septicémies d'origine spontanée ou interne, par opposition aux septicémies chirurgicales, dont l'histoire est encore si mal connue. Elle constitue en même temps un apport utile au rôle pathogénique des microbes tétragènes que nous sommes habitués à rencontrer surtout dans la cavité buccale et dans les voies respiratoires, et dont l'importance comme agent de septicémie générale est encore très insuffisamment établie. Je vous propose donc, Messieurs, d'adresser à M. Tillaye nos remerciements pour la communication de ce fait instructif.

Sur deux observations de *Kystes hydatiques du poumon*, présentées par M. Launay.

Rapport par M. TUFFIER.

A propos de la présentation d'un malade que je vous ai présenté guéri d'un kyste hydatique du poumon, le 22 novembre 1905, notre collègue M. Launay nous a lu deux observations analogues. Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur ces faits. Je me permettrai d'y joindre un nouveau cas personnel inédit.

Ces trois faits sont très analogues et presque superposables. Les voici résumés.

Obs. I. — *Kyste hydatique du poumon droit, pneumotomie. Guérison avec fistule broncho-cutanée.* (M. Launay).

C... (Jules), âgé de quarante-trois ans, cocher, entre le 1er mai 1903 dans le service de M. Widal à l'hôpital Cochin. *En* 1900, le malade dit avoir eu une congestion pulmonaire durant trois semaines, sans crachats sanglants. *En* 1901, sans maladie aiguë, il crache pendant trois jours des crachats sanglants. Le 2 *février* 1903, il tombe malade subitement, courbaturé, crachant le sang et toussant un peu. Un médecin consulté diagnostique une congestion pulmonaire. Le malade ne s'alimente plus, maigrit, continue à cracher le sang.

Le 1er *mai* 1903, on constate à la base du poumon droit (*Voir la communication de M. Widal à la Société médicale des hôpitaux, séance du* 24 *juillet* 1903) la diminution des vibrations, une matité absolue remontant jusqu'à la pointe scapulaire, l'élargissement et l'immobilité de la paroi correspondante du thorax. Le poumon gauche respire normalement. Il n'y a pas de fièvre. L'expectoration est sanglante et assez abondante, l'examen n'y montre pas de bacilles de Koch.

Le 5 *mai*, une ponction ne donne aucun résultat. Le 17 *mai*, une nouvelle ponction donne issue à un liquide clair, eau de roche, qui, à l'examen, contient des globules rouges, des *globules blancs* en grande abondance, pas d'albumine.

Le 28 *mai* 1903, le malade entre salle Antheaume, à Cochin. L'expectoration sanglante augmentant, et l'examen médical antérieur permettant de porter le diagnostic de kyste hydatique pulmonaire, sans vomique, une intervention est proposée et acceptée.

Le 30 *mai*, sous anesthésie chloroformique, je taille un lambeau arrondi à concavité supérieure, au niveau de la zone mate, sur la partie postéro-latérale inférieure du thorax, côté droit. Les 7e et 8e côtes sont réséquées sur une étendue de 8 à 10 centimètres. La plèvre est incisée lentement, les deux feuillets en sont fusionnés, aucune lame musculaire pouvant représenter le diaphragme n'est rencontrée. Après avoir traversé un demi-centimètre environ de tissus indurés, le bistouri

donne issue à un liquide louche. A ce moment, le malade est pris d'une quinte de toux, les mouvements respiratoires violents font bomber hors de la plaie la membrane-mère non ouverte du kyste. Pendant ces efforts, la chloroformisation étant suspendue, le malade crache un peu de sang, et la poche kystique, s'énucléant du poumon, est projetée complète à l'extérieur. Alors seulement le kyste se rompt, laissant échapper du liquide jaunâtre et des vésicules filles flasques.

La cavité pulmonaire, pendant l'inspiration, pourrait contenir deux poings ; les parois en sont rudes au toucher. Elle communique avec les bronches, ainsi que le prouve le bruit de soufflet pendant les mouvements respiratoires.

L'examen du liquide retiré par ponction ayant montré d'abondants globules blancs, toute idée d'oblitération est abandonnée, les bords de la cavité pulmonaire sont suturés à la peau, et la cavité est tamponnée avec des lames de gaze stérilisée enveloppant deux drains.

L'opéré, assez fatigué pendant les premiers jours, se remonte rapidement. Les crachats sanglants ne se reproduisent pas, la toux diminue, puis cesse.

Les parois de la cavité pulmonaire se sphacèlent en partie, des lambeaux s'éliminant peu à peu dans les pansements, et provoquant une suppuration fétide qui dure une dizaine de jours.

Le 10 *juin*, tous les tissus mortifiés sont éliminés, on voit dans la cavité le tissu pulmonaire normal avec les contours polygonaux des lobules. Peu à peu la cavité se comble. Le 18 *juin*, le malade se lève. La cicatrisation progresse lentement. L'état général s'améliore rapidement, l'opéré engraisse et n'éprouve aucune gêne fonctionnelle. Pendant les pansements, le souffle traversant la plaie indique la persistance de la communication bronchique.

Le 2 *août* 1903, l'opéré sort de l'hôpital. La plaie est presque complètement cicatrisée (deux mois), mais la fistule broncho-cutanée est formée. L'orifice cutané est placé au fond d'un petit entonnoir de peau rétractée, et est recouvert par un bourrelet de peau et de graisse qui l'obture. Lorsqu'on soulève cet opercule, on sent et on entend un souffle très net. Le malade n'éprouve aucune gêne de cette fistule. En *octobre* 1903, le malade, revu dans le service, se porte très bien, a repris son travail, peut transporter de lourds fardeaux, faire de grands efforts sans éprouver ni douleurs ni gêne respiratoire. *La fistule broncho-cutanée persiste*, l'orifice cutané toujours oblitéré par son couvercle. Je propose au malade de lui oblitérer cette fistule par une autoplastie, mais il s'y refuse complètement, n'en éprouvant aucun inconvénient. Je ne l'ai, du reste, plus revu depuis cette proposition.

Obs. II. — *Kyste hydatique du poumon gauche. Pneumotomie. Guérison sans fistule bronchocutanée.* (M. Launay).

B... (Joseph), soixante-cinq ans, entre le 3 juin 1905 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon maître, M. Monod, envoyé par le Dr Bigard qui le soigne depuis quelque temps. Les premiers symptômes pulmonaires remontent seulement au mois de janvier 1905, le malade

tousse beaucoup depuis quelque temps, cette toux augmente, survenant par quintes le matin; les crachats sont, à ce moment, muco-purulents et *contiennent un peu de sang*. L'état général est moins bon, l'appétit disparaît, l'amaigrissement devient notable. Le malade se plaint de sueurs nocturnes, mais il n'y a jamais d'ascension thermique.

Au mois de mars surviennent des douleurs au niveau du rebord costal gauche, s'irradiant vers les lombes. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire est porté et le malade soumis à la suralimentation sans résultat. La toux persiste et les *hémophysies* continuent, peu abondantes, mais quotidiennes.

C'est à ce moment que le malade consulte le Dr Bigard, qui trouve une matité nette de la base du poumon gauche, fait une ponction exploratrice, et retire quelques grammes de liquide eau de roche contenant des crachats.

Le diagnostic de kyste hydatique du poumon gauche étant ainsi établi, le malade entre à l'hôpital pour se faire opérer. Il n'y a jamais eu de vomique.

L'examen à l'entrée (3 juin) montre une voussure thoracique de la partie inférieure, à gauche, remontant jusqu'à la pointe scapulaire. A ce niveau existe un peu d'œdème des téguments. Ce côté du thorax mesure 3 centimètres de plus que l'autre. Les vibrations thoraciques sont abolies, et la matité est absolue au niveau de la voussure; cette matité est limitée en haut par une ligne courbe concave en bas. La moitié supérieure du poumon gauche et tout le poumon droit respirent normalement; à la base gauche les bruits respiratoires ne s'entendent pas.

Le 8 *juin* 1905, après incision et relèvement d'un lambeau courbe à convexité inférieure, au niveau de la zone mate, je résèque 8 centimètres environ des 9e et 10e côtes dans leur portion axillaire et dorsale. La plèvre est adhérente et épaissie. Traversant au bistouri environ 1 centimètre de tissu pleuro-pulmonaire induré et peu vasculaire, je mets à nu la membrane mère du kyste qui bombe et se rompt sous l'influence des mouvements respiratoires. Il s'écoule du kyste du liquide un peu louche. La membrane mère est facilement enlevée, elle ne contient qu'une seule vésicule fille. La cavité pulmonaire qui reste, pouvant contenir, à l'état de distension, un gros poing, communique avec les bronches, le malade souffle bruyamment dans la plaie en respirant. Je tamponne à la gaze stérilisée les parois de la cavité, et je place un drain au milieu des mèches. La chloroformisation a été très bien supportée.

Les suites opératoires sont simples et bénignes. Le malade crache un peu de sang pendant le premier jour seulement, la température reste normale. Je supprime les mèches de gaze au bout de quarante-huit heures, et ne replace qu'un drain.

L'appétit revient rapidement et l'état général s'améliore beaucoup. Peu à peu la cavité se comble sans incident particulier. La respiration souffle par la plaie à chaque pansement, mais la communication bronchique s'oblitère spontanément vers la fin de juin.

Le 6 *juillet* 1905 l'opéré sort de l'hôpital, venant encore faire panser

une petite plaie qui n'est définitivement oblitérée que dans les premiers jours d'août (deux mois). L'état général est alors excellent de tous points.

Obs. III. — *Kyste hydatique du poumon gauche. Pneumonie. Guérison. Fistule broncho-cutanée.*

Le nommé X..., âgé de vingt-trois ans, profession de cocher-livreur, entré le 7 juillet 1903, salle Malgaigne, n° 12, hôpital Baujon.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante-six ans de pleurésie, mère bien portante, soixante ans. Collatéraux : un frère mort récemment tuberculeux, deux sœurs mortes en bas âge d'affections indéterminées.

Le malade ne se rappelle pas avoir été malade. Pourtant, depuis sa libération du service militaire, il tousse toujours un peu, surtout l'hiver. Il n'a cependant jamais eu d'hémoptysie; il n'a jamais eu d'urticaire, sauf une fois vers l'âge de quatorze ans à la suite d'ingestion de poisson.

Il y a deux mois, l'état général devient moins bon, l'appétit diminue, le malade mange peu, mais il n'a pas de dégoût électif pour les matières grasses; il maigrit. Tous les matins, il a des crachats abondants, spumeux, blanchâtres, accompagnés de toux violente. Vers le 10 juin, après avoir monté une charge, il sent un frisson, travaille encore trois ou quatre jours, mais il est obligé de cesser son travail parce qu'il souffre d'un point de côté violent à la base du poumon gauche. Il s'alite avec de la fièvre et de l'oppression. Le lendemain et le surlendemain il travaille cependant encore. Mais son malaise est tel qu'il doit entrer à l'hôpital le 17. Il est admis salle Barth avec une température de 39 degrés le soir et 38 degrés le matin, de la toux et de l'expectoration. Outre les signes d'affection pulmonaire aiguë, on relève une voussure considérable dans la région thoracique antérieure gauche, elle est mate à la percussion et on trouve dans la région correspondante en arrière une matière suspendue. *Le cœur est considérablement dévié à droite et bat à droite.*

Le 22, une ponction pratiquée à droite, dans le 2e espace intercostal, enlève 1.500 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche. On n'y a pas trouvé de crachats, mais il était riche en NaCl. On a injecté consécutivement 80 centimètres cubes de liqueur Van Swieten. Bientôt s'installent des accidents d'œdème pulmonaire aigu extrêmement violent qu'on calme par une saignée.

Le 29 juin, on relève des signes de pneumothorax à la partie supérieure du poumon gauche rendant un tintement métallique.

Le 1er juillet, le malade rejette des *crachats mucopurulents* sous forme de pseudovomique (un crachoir par jour qu'il remplit presque en une fois). Auparavant les crachats étaient muqueux.

Le 7 juillet, le malade passe à la salle A. Paré. *Signes fonctionnels.* — On le trouve couché sur le côté gauche : il a adopté cette position pour éviter la toux. Celle-ci apparaît opiniâtre, incessante dès qu'il se met sur son séant ou qu'il se couche sur le côté droit ou même sur le

dos. Il tousse le matin surtout et chaque expectoration est annoncée par un « goût d'ipéca ». Les crachats sont franchement purulents. *Signes physiques.* — On voit une voussure légère au niveau des cartilages costaux, à gauche du sternum, qui se continue en haut avec une voussure se prolongeant à la partie supérieure gauche du thorax à la place du creux sus-claviculaire. La voussure a considérablement diminué depuis la ponction.

A la palpation, les vibrations thoraciques sont un peu diminuées dans la région voussurée. La pointe du cœur bat sur la région droite de l'appendice xiphoïde.

A la percussion, on entend de la submatité dans la région sus-claviculaire en avant et en arrière dans la fosse sus-épineuse. L'espace de Traube est libre, l'aire de matité du cœur est remplacée par une aire sonore. Le foie a ses limites normales.

A l'auscultation, on entend une respiration supplémentaire dans toute l'étendue du poumon droit. A gauche on n'entend plus de souffle amphorique. La respiration est normale à la base, mais elle devient plus obscure et soufflante à mesure qu'on remonte vers le sommet. L'obscurité est presque complète à partir de l'épine de l'omoplate. En avant, mêmes signes dans la région correspondante.

Opération. — Anesthésie au chloroforme, 11 juillet 1903. M. Tuffier fait une incision curviligne, à concavité supérieure passant à deux travers de doigt au-dessus du mamelon. La 6e côte est réséquée, le poumon est adhérent; plèvre épaissie. Il incise largement, sur une étendue de 8 centimètres, la paroi de l'abcès; il contient des gaz, très peu de pus. La membrane hydatique que M. Tuffier décolle assez facilement et enlève en totalité est d'un seul tenant. La cavité est du volume d'une tête d'adulte; elle descend jusqu'au diaphragme et remonte jusqu'à la troisième côte. Le poumon est refoulé sur son hile. Pendant les efforts de respiration, le poumon ne revient pas au contact de la paroi; on le sent dur, recouvert d'une coque fibreuse.

En bas et en dedans, M. Tuffier sent le péricarde et le cœur maintenus dans une position normale par des adhérences pleuropariétales; si bien que l'extrémité gauche arrive au bord droit du sternum. Donc, toute la région cardiaque inférieure et moyenne est remplacée par une cavité. Pendant les efforts de toux, il sort quelques bulles d'air probablement par la bronche ouverte au niveau de la cavité.

Suites opératoires. — Le malade sort guéri sept semaines après; je vous l'ai présenté avec une fistule broncho-cutanée du volume d'une tête d'épingle, sans suppuration (séance du 22 novembre 1905). Cette fistule ne provoquant aucun trouble de la santé, le malade refuse toute intervention. D'ailleurs, son état général est parfait. (Observation prise par M. Deroide, externe du service).

L'histoire des kystes hydatiques du poumon est actuellement bien connue, et je vous renvoie à la thèse de mon élève Pasquier, dont le travail qui date déjà de dix ans a bien mis la question au point. Le *diagnostic* erre souvent pendant longtemps, et l'erreur est

presque toujours la même; on croit à une tuberculose pulmonaire. De petites hémoptysies fréquemment répétées pendant plusieurs mois, pendant plus d'une année dans la première observation; une toux opiniâtre, persistante et progressive explique cette erreur; il semble même que le kyste ait à ce moment des dimensions assez restreintes pour passer inaperçu à l'auscultation et à la percussion. Il est possible qu'à cette période la radioscopie permette le diagnostic. A côté de ce début de la *forme hémoptoïque*, qui me paraît appartenir surtout aux kystes à marche lente, existe une autre variété clinique, dont l'allure plus rapide revêt la forme d'une *pleurésie subaiguë*, point de côté violent, oppression, sensation de frisson, élévation de température, le tout précédé depuis un temps variable par une toux banale avec expectoration spumeuse, analogue à celle des bronchites chroniques. La méprise est facile, et le plus souvent dans cette forme à *début pleurétique*, aussi bien que dans la forme à *début hémoptoïque*, c'est la ponction exploratrice qui fait poser le diagnostic. Dans nos trois cas, aucune *vomique* n'avait précédé l'opération, mais j'ai rapporté ici même, autrefois, des exemples où l'expulsion des membranes hydatides avait été le premier signe de certitude de la maladie.

A l'écran radioscopique, la *forme arrondie* de la tumeur, jointe à sa transparence d'ailleurs absolument variable suivant les cas, peut permettre de les reconnaître. M. Dagincourt nous a montré dans mon service une épreuve qui, dans le cas présent, ne faisait que confirmer le diagnostic, mais qui à elle seule eût pu le commander.

Certains faits nous montrent la *fréquence des fistules bronchiques secondaires*, fistules *temporaires* ou *définitives* après l'ouverture du kyste. Dans les deux observations de M. Launay, comme dans la mienne, la communication de la cavité kystique avec les bronches a succédé à l'intervention; c'est l'incision du kyste dans un cas, c'est sa ponction avec les phénomènes d'œdème pulmonaire dans le second, qui ont été suivies de la pénétration de l'air dans la poche hydatique. C'est là un fait à rapprocher de ce que nous savons des kystes du foie où les fistules biliaires ne sont pas rares après l'incision ; même après la simple ponction donnant issue à un liquide clair, il nous a été donné souvent de trouver par l'incision ultérieure un contenu jaune biliaire. Ce sont là de simples remarques que les observations ultérieures pourront juger. Mais l'existence de ces fistules doit toujours être prévue, quand nous pratiquons une pneumotomie pour remédier à un kyste du poumon. Chez nos deux opérés cette complication

a si peu d'importance qu'ils refusent toute intervention réparatrice.

La *thérapeutique* de ces kystes me paraît aujourd'hui bien établie, et tout ce que j'ai vu ne fait que confirmer l'opinion que je défendais en 1897. La ponction avec injection de liquide hydaticide, et même la simple ponction, donnent lieu à des accidents graves d'œdème pulmonaire ; notre troisième observation en est une preuve ajoutée à cent autres. L'injection a été de 100 grammes de liqueur de Van Swieten dans une cavité après évacuation de 1.500 grammes de liquide clair; les signes de congestion pulmonaire ont été si violents et si rapides, les phénomènes d'asphyxie bleue ont été si intenses et si rebelles aux moyens simples, qu'une large saignée à seule pu conjurer les accidents. Fait curieux, je n'ai trouvé signalés nulle part ces graves raptus congestifs après l'incision large du kyste. Je crois donc que l'incision du kyste est la méthode de choix dans ces cas. Ni M. Launay ni moi n'avons eu recours à l'injection préventive, ni à la fermeture du kyste sans drainage. La facile extraction de la membrane mère vous y incitait, mais l'infection des cavités, infection primitive dans deux cas, infection secondaire à la ponction dans le troisième, ne nous permettaient que l'application d'un tamponnement léger et d'un drainage. La guérison est survenue en deux mois pour deux de nos malades, en trois mois et demi pour le dernier. En somme, nos observations confirment les données acquises sur cette question.

Messieurs, je vous prie de remercier notre collègue Launay de ces intéressantes observations et de vous souvenir de son nom et de sa valeur lors du classement des candidats au titre de membre de la Société.

M. Potherat. — J'ai apporté ici, il y a quelques mois, la membrane germinative d'un vaste kyste hydatique du poumon, que j'avais opéré le jour même ou la veille, à un homme de trente et quelques années.

Ce malade, qui m'était commun avec mon distingué collègue de l'hôpital Broussais, le Dr Œttinger, est aujourd'hui complètement et totalement guéri, bien qu'il ait eu une fistule bronchique primitive.

Je me propose de vous apporter, dans une prochaine séance, toute son observation, qui présente des particularités très intéressantes. Outre son kyste hydatique, cet homme était affecté de pleurésie cloisonnée séreuse vis-à-vis du kyste, et de pleurésie purulente au-dessus, et je dus, pour cette pleurésie purulente,

absolument indépendante du kyste, faire une intervention secondaire.

J'ajoute, en ce qui concerne les kystes hydatiques du poumon, que j'ai opéré quatre de ces kystes. Chez le premier, il n'y eut pas de fistule bronchique secondaire. Chez deux autres, il y eut une fistule bronchique secondaire, qui, d'ailleurs, guérit en quelques semaines chez le premier, en quatre mois environ chez le second. Ces deux malades, chez lesquels je vis survenir une fistule bronchique, étaient des malades qui avaient une suppuration périkystique, et je crois que c'est dans cette suppuration préalable à l'opération qu'il faut chercher la pathogénie de ces fistules bronchiques consécutives.

Sur l'extirpation totale de l'appareil génital chez la femme par voie périnéo-abdominale, par M. le Dr PIERRE DUVAL.

Rapport par M. J.-L. FAURE.

Notre collègue Pierre Duval est venu récemment nous lire l'observation d'une malade qui, plusieurs années après une hystérectomie totale pour annexites bilatérales, présenta un épithélioma développé dans la cicatrice vaginale.

Il pratiqua l'extirpation du vagin en suivant une technique dont voici la description telle qu'il nous la donne lui-même :

Premier temps périnéo-vulvaire effectué à mains nues, avec des instruments spéciaux qui ne resserviront pas au temps abdominal.

Aides : M. Muret interne, M. Monin externe.

Incision circulaire périnéo-vulvaire, passant par la fourchette, la limite supérieure de la face interne des grandes lèvres, et sous le méat urétral. Libération de la face postérieure du vagin par section du corps périnéal et décollement vagino-rectal dans « l'espace décollable » jusqu'au cul-de-sac de Douglas, qui n'est pas ouvert. Libération de la face antérieure; décollement vagino-urétro-vésical très facile à exécuter, avec l'extrémité mousse de ciseaux courbes fermés, une sonde métallique dans l'urètre — le cul-de-sac vésico-vaginal n'est pas ouvert. Libération des faces latérales, des attaches périnéo-pelviennes du vagin et de ses vaisseaux; c'est le temps difficile.

Deux pinces courtes et solides sont placées sur l'étage périnéal à 1 centimètre en dehors des bords latéraux du vagin; la section de chaque côté en dedans de ces pinces libère le vagin de ses attaches au plancher périnéal.

Immédiatement et grâce à ce début de dégagement latéral, l'orifice

inférieur du conduit vaginal est suturé à deux plans, le second enfouissant le premier.

La libération des bords latéraux du vagin se poursuit vers le dôme vaginal, les tissus latéro-vaginaux sont d'étage en étage saisis par des pinces en dedans de celui qui porte la section. Le dégagement s'arrête à hauteur des culs-de-sac.

Les vaisseaux liés, la vulve est totalement fermée par suture des petites lèvres entre elles jusque sous le méat urétral, un drain est placé au centre entre vessie et rectum.

Deuxième temps abdominal. — Ce temps fut effectué à mains gantées avec de nouveaux instruments; ce fut de beaucoup le plus difficile.

Il ne restait plus de la laborieuse opération précédente qu'une simple adhérence épiploïque à la vessie.

Mais entre la vessie et le rectum, sous un péritoine parfaitement reconstitué, il fut fort difficile de trouver le dôme vaginal; la vessie fut accidentellement ouverte.

La dissection des uretères fut pénible; mais le vagin put être enlevé dans sa totalité.

Le temps capital fut la péritonisation pelvienne. Elle fut pratiquée à deux plans: le premier unit le péritoine vésical au péritoine recto-pelvien postérieur; un second plan, suivant la méthode attribuée à tort à Amann de Munich, et qui en réalité appartient à M. Quénu, coucha dans le bassin et sutura à la vessie le côlon pelvien étalé. Drainage abdominal. Les suites opératoires furent simples, parfaites et du côté abdominal et du côté vulvo-périnéal; au vingtième jour la vulve était complètement fermée.

La malade a uriné à partir du cinquième jour. Le drain abdominal fut enlevé le septième jour, la sonde vésicale le neuvième.

En résumé, après avoir dans un premier temps périnéal désinséré le vagin au niveau de la vulve et l'avoir libéré jusque vers sa partie supérieure, notre collègue le sutura, de façon à le transformer en un sac fermé, puis après avoir également suturé la vulve en y laissant seulement la place d'un drain, il alla, par l'abdomen, libérer les attaches supérieures du vagin, isoler le néoplasme, enlever la tumeur et le sac vaginal, et péritoniser le fond du bassin.

Il me paraît, comme à notre collègue, que c'est là le meilleur plan opératoire que l'on puisse suivre lorsqu'on veut enlever à la fois l'utérus et la totalité du vagin, ou le vagin seul, au cas où l'utérus aurait déjà été enlevé. Cette façon de procéder est très supérieure à la colpectomie périnéale seule d'Olshausen et de Schröder, au cours de laquelle il est impossible de bien voir ce que l'on fait vers le dôme vaginal, et souvent même d'enlever le vagin qui se dilacère et s'en va par lambeaux.

Elle me semble également préférable à la technique de Wer-

theim. Celui-ci, dans l'hystérectomie abdominale pour cancer, pousse la dissection du vagin aussi loin que possible, jusqu'à la vulve, puis il refoule l'utérus vers la vulve et péritonise par-dessus. Dans un temps périnéal, il vient alors, après fermeture du ventre, inciser circulairement le vagin au niveau de la vulve, et l'extirpe avec l'utérus désinséré de partout et libre sous le péritoine.

La libération du vagin jusqu'à la vulve par l'abdomen est difficile, et c'est pourquoi mieux vaut commencer par le temps périnéal.

Quant à la technique de Hauffmann qui, si j'ai bien compris la description que nous en donne Duval, libère circulairement a vulve et le vagin qu'il ferme, puis ouvre le ventre pour dégager l'utérus et le vagin, revient vers le périnée pour extraire l'utérus et le vagin par en bas, et enfin dans un dernier temps péritonise le bassin et ferme le ventre, elle me parait inutilement compliquée, et présente le grave inconvénient de nécessiter plusieurs changements dans la position opératoire, et d'aller deux fois opérer dans l'abdomen après avoir fait des manœuvres périnéales.

Le procédé employé par Duval est beaucoup plus simple. Ce n'est d'ailleurs qu'une application à l'extirpation du vagin seul de l'ancien procédé de Bardenheuer qui, dès 1881, associa dans l'hystérectomie pour fibromes la désinsertion du vagin par le périnée à l'extirpation de l'utérus par l'abdomen. Depuis cette époque, cette hystérectomie vagino-abdominale a été faite bien souvent soit pour le fibrome, soit pour le cancer, avec de légères variantes.

Delagenière, Boldt, Rouffart, Jacobs, Chaput, Routier et bien d'autres l'ont exécutée, mais, dans ces dernières années, les perfectionnements incessants de la technique de l'hystérectomie abdominale nous ont peu à peu fait rejeter les procédés combinés, et nous savons aujourd'hui avec quelle facilité on peut pratiquer une hystérectomie abdominale pour fibromes, et comment, dans le cancer du col utérin, on peut enlever d'une façon satisfaisante l'utérus et la moitié supérieure du vagin sectionné largement au-dessous du mal.

Je me demande cependant si, pour le cancer du col, il n'y aurait pas avantage à revenir à ces procédés anciens, un peu rajeunis par les perfectionnements de la technique la plus récente.

Duval s'est lui-même posé cette question.

« Une réflexion, dit-il, nous est suggérée par cette nécessité d'enlever le vagin comme un sac fermé. Dans les cancers du col de l'utérus qui ne nécessitent que l'extirpation de la partie haute

du vagin, n'y aurait-il pas avantage à recourir à un premier temps vaginal, à détacher circulairement par voie intra-vaginale la moitié ou les deux tiers supérieurs de l'organe, et à en fermer l'orifice de façon à transformer l'utérus et le dôme vaginal en un sac fermé, puis de suturer complètement le moignon vaginal en bourse? Dans un second temps abdominal, l'utérus et le vagin fermé seraient enlevés d'un bloc, et il ne resterait plus que la péritonisation. On éviterait ainsi le temps délicat de l'ouverture du vagin, et peut-être réaliserait-on mieux et plus facilement par voie intravaginale ce que M. Gouilloud, puis M. Rochard ont conseillé par voie haute à l'aide d'un clamp pour les fibromes sphacélés. »

Le grand avantage de cette façon de faire serait donc, d'après Duval, de permettre de suivre d'une façon beaucoup plus étroite les règles de l'asepsie. « Le principe directeur de la technique que nous avons suivie, dit-il, est celui que M. Quénu a énoncé pour l'extirpation abdomino-périnéale du rectum. Il faut enlever l'organe, en l'espèce le vagin, comme un sac septique fermé, d'où le dégagement initial de la vulve et sa fermeture par deux rangs de sutures. Dès lors, l'opération est rigoureusement aseptique. »

Il pense donc que cette technique doit être appliquée au cancer du col, afin de pouvoir conduire l'hystérectomie abdominale dirigée contre cette affection, comme une opération aseptique.

L'intéressante communication de notre collègue Pierre Duval m'a fait réfléchir, et je me suis demandé, comme lui, s'il ne pouvait pas y avoir quelque avantage à employer régulièrement cette méthode dans l'extirpation du cancer du col.

Mais ce n'est pas, je dois le dire, pour la même raison que Duval, que l'hystérectomie vagino-abdominale me semblait devoir être supérieure à l'hystérectomie abdominale simple.

Je ne crois pas, en effet, que la désinsertion première et la fermeture du vagin permettent de faire une opération plus parfaitement aseptique que celle que nous faisons couramment par la technique de Wertheim. En effet, au cours de la section et de l'isolement du vagin, dans le temps périnéal, pendant qu'on le sépare de la vessie et du rectum, alors qu'il n'est pas encore fermé, les surfaces cruentées qui feront tout à l'heure partie de la plaie pelvienne ont le temps de s'inoculer largement si la désinfection du vagin n'a pas été parfaite, et nous savons tous qu'elle n'est jamais parfaite! Je me demande même si, au point de vue spécial de l'asepsie, l'opération actuelle, dans laquelle le vagin est sectionné entre deux pinces, tout à fait à la fin de l'opération, n'est pas plus satisfaisante et plus sûre.

C'est, à mon avis, à une autre raison qu'il faut rapporter la supériorité de l'hystérectomie vagino-abdominale.

L'hystérectomie vagino-abdominale pour cancer du col est infiniment *plus facile* que l'hystérectomie abdominale simple.

La *désinsertion première* du vagin permet en effet d'agir conformément au principe, indiscutable à mes yeux, en vertu duquel, dans toute hystérectomie, il faut, pour faciliter autant que possible l'opération, surtout dans les cas difficiles, attaquer l'utérus et les annexes par leur pôle inférieur et les priver de leurs attaches au plancher pelvien, de façon à les enlever de bas en haut.

Or, dans l'hystérectomie abdominale pour cancer du col, il est précisément impossible d'attaquer l'utérus de bas en haut, comme dans les fibromes, les annexites et les tumeurs bilatérales des ovaires. On est au contraire obligé de descendre de haut en bas le long des bords de l'utérus, de disséquer la région péricervicale et de terminer par la section du vagin. Cette dissection péricervicale est capitale dans l'extirpation du cancer du col. Il est indispensable de bien reconnaître et de bien voir les uretères, de façon à ne pas les blesser et à les dégager de la gangue inflammatoire ou néoplasique qui peut parfois les englober. Or, c'est là un temps opératoire extrêmement délicat, le plus délicat, sans aucun doute, de toute cette chirurgie souvent difficile. Ce qui rend cette partie de l'opération si pénible, c'est précisément la profondeur à laquelle on est obligé d'agir, à cause de la résistance du vagin fixé au périnée d'une manière invincible, et qui empêche d'élever l'utérus et la région malade pour la disséquer à loisir, plus superficiellement, presque au niveau de la plaie abdominale.

La section première du vagin dans un temps périnéal supprime cette difficulté capitale ou, tout au moins, l'atténue dans une large mesure. Elle permet de faire, avec beaucoup plus d'aisance et de sûreté, cette dissection péricervicale qui est, il faut bien le dire, la partie capitale de toute hystérectomie pour cancer, celle à laquelle est liée la guérison définitive ou la récidive fatale.

L'extirpation périnéo-abdominale permet encore d'enlever plus facilement une plus grande hauteur du vagin et même le vagin tout entier alors que, dans l'hystérectomie abdominale il est bien difficile de dépasser sa partie moyenne. C'est là, dans un cancer du vagin proprement dit, une supériorité incontestable, mais dans le cancer du col il n'en est pas de même, car on sait qu'il suffit de dépasser de quelques millimètres seulement la zone d'envahissement du vagin pour tomber en tissu sain, et l'on peut par en haut descendre dans le cancer du col à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'ulcération. Et les cas où le vagin est envahi très bas sont de ceux dans lesquels il est plus sage de s'abstenir. D'autre part, il

y a un désavantage évident à extirper le vagin non envahi sur une trop grande hauteur, ce qui ne laisse après guérison qu'un cul-de-sac vaginal sans profondeur sur les inconvénients duquel je n'ai pas besoin d'insister.

Ce n'est donc pas, à mon avis, dans des garanties d'asepsie plus sérieuse, ni dans ce fait qu'on peut enlever une plus grande hauteur de vagin qu'il faut chercher la supériorité de l'hystérectomie périnéo-abdominale. C'est exclusivement dans ce fait qu'elle permet d'élever l'utérus et de disséquer beaucoup plus facilement la région péri-cervicale, tout en faisant courir des risques bien moins grands aux uretères qui fixés au bas-fond vésical ne montent pas avec le col utérin, et glissent le long des parois vaginales, à moins d'être englobés dans l'induration inflammatoire ou néoplasique. Mais, dans ce dernier cas, ils sont sensiblement plus faciles à dégager lorsque l'utérus a pu être amené vers la plaie abdominale que lorsqu'on est obligé de travailler dans la profondeur.

Je ne vois aucun inconvénient à cette façon de procéder, car l'usage de gants imperméables qu'il est facile de changer supprime tout risque d'infection du fait de l'opérateur. La perte de temps, nous le verrons dans un instant, n'existe pas. Il n'y a donc que le fait d'avoir à modifier la position de la malade. C'est là un simple ennui et non pas un inconvénient.

Convaincu des avantages que je viens d'énumérer, j'ai voulu voir si les choses se passeraient comme je le supposais et j'ai dernièrement fait quatre fois cette opération.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une malade atteinte de fibromatose utérine avec double pyosalpinx et ulcération d'aspect néoplasique dans le cul-de-sac vaginal droit.

Dans le second cas, il s'agissait d'un épithélioma du col atteignant les culs-de-sac vaginaux, mais encore parfaitement mobile.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une malade présentant un épithélioma intra-cervical tout à fait au début avec salpingites bilatérales volumineuses.

La quatrième malade enfin présentait un volumineux cancer du col utérin.

Ces quatre malades sont aujourd'hui guéries.

Dans le premier cas, le manque d'habitude que j'avais de l'opération m'a fait quelque peu tâtonner et perdre du temps au cours de la désinsertion vaginale. En outre, j'ai eu le tort, la malade étant un peu grosse, de ne point faire au cours du temps abdominal, la ligature des hypogastriques que je fais cependant systématiquement. Il en est résulté un écoulement sanguin très gênant et des difficultés sérieuses au cours de la dissection péricervicale,

difficultés qui cependant m'ont paru moindres que dans les cas ordinaires.

Mais le second cas a été très démonstratif. La section du vagin que j'ai faite à 5 centimètres de la vulve, le décollement jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux et la fermeture du vagin ont été très simples. J'ai fait, cette fois, instruit par l'exemple précédent, la ligature des hypogastriques. L'utérus délivré de son adhérence au périnée s'est laissé attirer vers le haut, la dissection péricervicale a été relativement très facile. Les uretères, qui n'étaient point englobés par l'induration péricervicale, sont restés à leur place, alors que le col remontait, et je ne les ai pas vus. Bref, l'opération a été singulièrement facile.

Cette facilité est démontrée par le temps que j'ai employé. Ordinairement une hystérectomie abdominale pour cancer me demande une heure un quart, quelquefois davantage, rarement moins. Dans cette dernière opération les temps ont été de dix minutes pour l'opération périnéale, dix minutes pour le changement de position de la malade, le nettoyage de la paroi abdominale, la mise en place du champ opératoire, etc.; trente-six minutes pour l'opération abdominale, soit, cinquante-six minutes en tout. Le temps abdominal a donc été deux fois plus court qu'il ne l'est d'ordinaire, et cette double opération avec l'intervalle qui sépare les deux phases, m'a donc demandé beaucoup moins de temps que je n'en mets d'ordinaire à l'exécution de l'opération purement abdominale. C'est là une preuve évidente que les manœuvres abdominales sont beaucoup plus faciles dans l'opération combinée que dans l'opération commune. Cette économie de temps et cette diminution des manœuvres abdominales doivent en outre contribuer dans une certaine mesure à diminuer la gravité de cette intervention toujours sérieuse.

La troisième opération a été presque identique à la seconde. Elle a seulement duré quelques minutes de plus. Quant à la quatrième, qui a duré une heure en tout, dont quarante minutes pour le temps abdominal, elle a nécessité la dissection des deux uretères qui a été très facile et s'est faite presque à ciel ouvert.

J'ai été, en somme, très satisfait de la façon dont les choses se sont passées dans ces quatre opérations et très heureusement impressionné par les facilités que donne cette technique. Je suis bien résolu à l'employer encore chez les malades que j'aurai l'occasion d'opérer d'ici quelque temps, car j'estime que cette question vaut la peine d'être étudiée à fond.

Les résultats du traitement du cancer du col ne sont pas si brillants, bien qu'ils soient, d'après ce que j'ai vu, très supérieurs à ce qui est généralement admis, que nous n'ayons le devoir

d'étudier de près tout ce qui est susceptible de les améliorer.

Je ne suis pas éloigné de croire, pour les raisons que j'ai exposées, que l'extirpation périnéo-abdominale de l'utérus ne doive y contribuer, et je ne serais pas étonné qu'elle se montrât, dans l'avenir, supérieure à l'extirpation abdominale telle qu'elle est généralement pratiquée aujourd'hui.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Pierre Duval de sa très intéressante communication et j'espère que vous ne l'aurez pas oubliée quand viendra le moment de vous en souvenir.

M. Walther. — Je tiens à appuyer ce que vient de dire mon ami M. Faure, de la facilité très grande que donne à l'hystérectomie l'attaque préalable par le vagin.

L'année dernière, dans deux cas de fibrome avec cancer du col, l'isthme était tellement augmenté de volume que je me suis décidé à faire d'abord la libération large du vagin, et, en terminant l'opération par l'abdomen, je me suis rendu compte que j'aurais eu des difficultés extrêmes, peut-être insurmontables, à enlever le col si je n'avais fait préalablement cette libération vaginale.

M. Hartmann. — Les faits dont vient de parler M. Walther me semblent très différents de ceux que nous a exposés dans son rapport M. Faure. M. Walther commence par une libération péricervicale du col, puis continue par l'abdomen; il n'obéit donc pas à une des indications intéressantes du procédé décrit par M. Faure, la fermeture préliminaire du vagin. Celle-ci a, je crois, une grosse importance, car elle contribue certainement à éviter les greffes cancéreuses qui se font si facilement au cours de ces opérations. J'ai eu l'occasion d'en observer un cas des plus typiques, après une hystérectomie abdominale avec extirpation du tiers supérieur du vagin. Après dissection péricervicale et périvaginale, j'avais fait la section du vagin à l'union de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs, puis j'avais enlevé le bloc utérus-vagin sans fermer celui-ci par l'application de pinces, parce que celles-ci me paraissaient inutiles, et que, d'une manière générale, j'ai un arsenal instrumental très restreint. Mais j'ai eu tort; dorénavant, dans mes opérations de cancer utérin je fermerai le vagin, soit avec les pinces coudées de Wertheim, soit avec celles qu'a fait construire notre collègue Faure. Un an après, je revoyais en effet mon opérée; il n'y avait pas trace de récidive dans le petit bassin ; mais dans l'épaisseur de la cicatrice abdominale, immédiatement au-devant et au-dessus du pubis

existait un noyau cancéreux que j'ai dû enlever ces jours-ci dans une seconde intervention. Ma malade est guérie, mais je ne sais pas ce que l'avenir lui réserve. Dans tous les cas, il me semble évident que le noyau que j'ai enlevé au bas de la cicatrice abdominale s'est développé aux dépens de cellules épithéliales tombées dans la plaie au cours de ma première opération ; il y a eu là développement d'un noyau greffé absolument comparable aux noyaux hydatides qu'on voit quelquefois se développer dans les cicatrices après l'ablation de kystes du foie. A cet égard, la fermeture complète du vagin et l'ablation du cancer en vase clos, suivant une technique en tout comparable à celle du rectum cancéreux, me semblent correspondre à des principes que nous devons suivre dorénavant.

Il me semble d'autre part que notre collègue Faure a un peu exagéré les difficultés de l'opération abdominale. Je la trouve beaucoup plus simple qu'il ne le laisse croire. J'ajouterai que le commencement de la dissection péricervicale par en bas expose beaucoup plus à passer au niveau du cancer que la dissection franche par l'abdomen, qui permet de bien voir les uretères et de passer, en voyant bien ce qu'on fait en dehors des noyaux cancéreux de la base des ligaments larges.

Enfin, à titre de renseignement, je demanderai à M. Faure comment la vessie a fonctionné après l'opération. Si je pose cette question, c'est qu'après les ablations étendues du vagin il est fréquent d'observer des troubles vésicaux, et qu'actuellement pour éviter ces troubles on cherche à assurer dans une certaine mesure la fixité de la vessie.

M. Monprofit. — Les interventions contre le cancer de la matrice sont surtout indiquées dans les cas les plus faciles et les plus limités. Ce sont les opérations les plus faciles qui donneront toujours ici les résultats les meilleurs, et il y a peu à espérer des opérations compliquées, minutieuses et difficiles dans le cancer utérin.

L'intervention combinée *vagino-abdominale*, que j'ai employée souvent dans le cancer du col et dans le cancer du corps, donne une très grande facilité pour l'ablation des tumeurs par la voie abdominale.

La précaution de disséquer et de suturer le vagin est très intéressante ; si cette suture est facile à pratiquer, elle donne le moyen de bien isoler les néoplasmes du col et de la partie supérieure du vagin, et diminue ainsi les chances d'infection.

M. Quénu. — Il me semble que l'intérêt spécial du travail de

M. Duval réside dans la réalisation aseptique de l'extirpation de l'utérus et d'une partie du vagin.

M. J.-L. Faure. — Je pense, au contraire, que la question de l'asepsie est ici tout à fait secondaire, et comme je l'ai déjà dit, il me paraît certain que, dans l'observation de Mathieu, au cours de laquelle on ne sectionne que tout à fait à la fin le vagin fermé par des pinces, l'asepsie est mieux réalisée que lorsqu'on commence par sectionner le vagin, qui est septique. La fermeture du vagin n'empêche en aucune façon l'inoculation des surfaces cruentées, qui sont par conséquent déjà infectées lorqu'on pratique la suture du vagin. Le point intéressant, c'est la facilité que donne pour la dissection péricervicale par l'abdomen la désinsertion première du vagin.

M. Quénu. — Je ne crois pas que M. Faure ait démontré qu'en sectionnant terminalement et par en haut le vagin, on risque moins d'infecter la plaie qu'en commençant par libérer le vagin et par le suturer pour que le col cancéreux soit enlevé en vase clos.

M. Routier. — Je demande la parole pour protester contre une phrase de M. Faure, qui affirme que si on a des récidives c'est parce qu'on a mal disséqué le pourtour du col de l'utérus ; je suis pour ma part persuadé que cette dissection n'a pas cette importance ; je n'enlève que les cancers absolument mobiles, et quand on agit différemment, on dissèque souvent en plein cancer.

M. J.-L. Faure. — Je suis comme mon ami Monprofit, comme M. Segond, convaincu qu'il ne faut opérer que les cancers bien mobiles, et c'est à eux seulement que s'applique cette discussion. Mais plus ils sont mobiles, plus ils ont chance de pouvoir être opérés d'une façon satisfaisante, et plus on doit s'efforcer de les opérer largement.

Ceci étant dit, je crois que la fermeture du vagin, comme l'a dit Hartmann, est une bonne précaution pour éviter les greffes néoplasiques, mais je persiste à penser, à l'encontre de mon maître M. Quénu, que les conditions d'asepsie sont aussi bien, et même mieux réalisées, et pour les raisons dites plus haut, dans l'opération abdominale que dans l'opération combinée.

Le grand avantage, je le répète, c'est la plus grande facilité que l'on a à exécuter le temps capital de l'opération, c'est-à-dire la dissection de la partie péricervicale et des uretères. A ce propos, je n'ai point dit, comme me le fait dire M. Routier, que lorsque la région péricervicale est bien disséquée, on n'a jamais de récidive. Les mots *toujours* et *jamais* sont de ceux qu'on n'a pas le droit de

prononcer en chirurgie. J'ai dit seulement et je maintiens qu'une dissection péricervicale très soignée est la condition première et capitale d'une guérison définitive. M. Hartmann trouve que la dissection des uretères au fond du bassin est très facile. Je trouve personnellement que c'est là un temps très délicat. Je ne sais peut-être pas la faire aussi bien que lui, mais ce que je sais, parce que c'est là une question de fait, c'est qu'elle est beaucoup plus facile — et beaucoup plus rapide — parce que beaucoup plus facile — quand le vagin a été désinséré. Mon maître M. Segond me demande comment il se fait que la désinsertion du vagin permette l'ascension de l'utérus, celui-ci étant, dit-il, maintenu par les ligaments utéro-sacrés et le pied du ligament large. Les ligaments utéro-sacrés s'opposent sérieusement à l'abaissement de l'utérus, mais ils ne s'opposent que fort peu à son élévation. Quant au pied du ligament large dont je ne conçois pas très bien la réalité anatomique, je ne sais au juste quelle part il prend à la fixation de l'utérus. Mais ce que je sais, c'est que le vagin est l'organe qui s'oppose le plus à l'élévation de l'utérus, et ce que j'affirme, pour m'en être directement rendu compte, c'est que sa désinsertion la facilite singulièrement. C'est là surtout à mon avis l'intérêt que présente le procédé combiné sur lequel je viens d'insister.

Présentation de pièces.

Tumeur kystique du cou.

M. Walther. — Je vous apporte la tumeur que j'ai enlevée à la petite malade que j'ai présentée mercredi dernier à la Société de Chirurgie.

La tumeur était constituée par une poche kystique et pleine de liquide purulent. Sur un point de la poche qui fut complètement enlevée par un simple décollement au doigt, on voyait un épaississement présentant tous les caractères macroscopiques d'une portion de ganglion étalé.

Autour de la tumeur, trois petits ganglions de la chaîne carotidienne furent enlevés.

L'examen de la paroi montra qu'il s'agissait d'un abcès ganglionnaire, comme le montre la description suivante faite par M. Beaujard.

Examen macroscopique.

Les pièces examinées se composent d'une poche kystique qui renfermait un liquide purulent, à laquelle sont accolés, par des tractus fibreux, plusieurs ganglions lymphatiques du volume d'un gros pois à une petite noisette.

La poche kystique est du volume d'un gros œuf; sa paroi superficielle est lisse, de coloration gris rosé; elle est parcourue par quelques débris de tissu conjonctif. La paroi interne est lisse par places, en d'autres points elle est chagrinée. L'épaisseur de la paroi est très variable, mince, translucide dans plus de la moitié de son étendue, elle présente ailleurs une épaisseur allant de 1 à 5 millimètres.

Examen microscopique.

I. — *Coupe du ganglion.* — Le ganglion a conservé sa structure normale dans ses grandes lignes, il est hyperplasié dans son ensemble et particulièrement aux dépens de la nappe réticulée, diffuse, au milieu de laquelle se trouvent des follicules ayant conservé leur structure normale avec leur centre germinatif et leur couronne de cellules lymphatiques. En outre, dans la partie médullaire il existe un certain degré de sclérose entre les cordons folliculaires. La recherche du bacille de Koch a été négative.

II. — *Coupe de la poche kystique.* — La coupe intéresse une partie épaisse de 5 millimètres dans sa partie maxima et allant en diminuant jusqu'à moins d'un millimètre dans sa partie minima.

Elle est limitée dans sa partie externe par une couche conjonctive qui est bien l'enveloppe d'un ganglion lymphatique et envoie dans la profondeur des travées divisant les lobules du ganglion. Du côté de la paroi interne la limite est formée par une couche de deux ou trois assises de cellules aplaties doublées d'une mince couche fibreuse. Entre les deux couches que nous venons de décrire, se trouve une masse de tissu lymphoïde réticulé contenant d'assez nombreux follicules normaux occupant la partie la plus externe de la masse réticulée; vers la partie interne se trouvent en plus grande abondance des vaisseaux sanguins et lymphatiques réunis par du tissu fibreux.

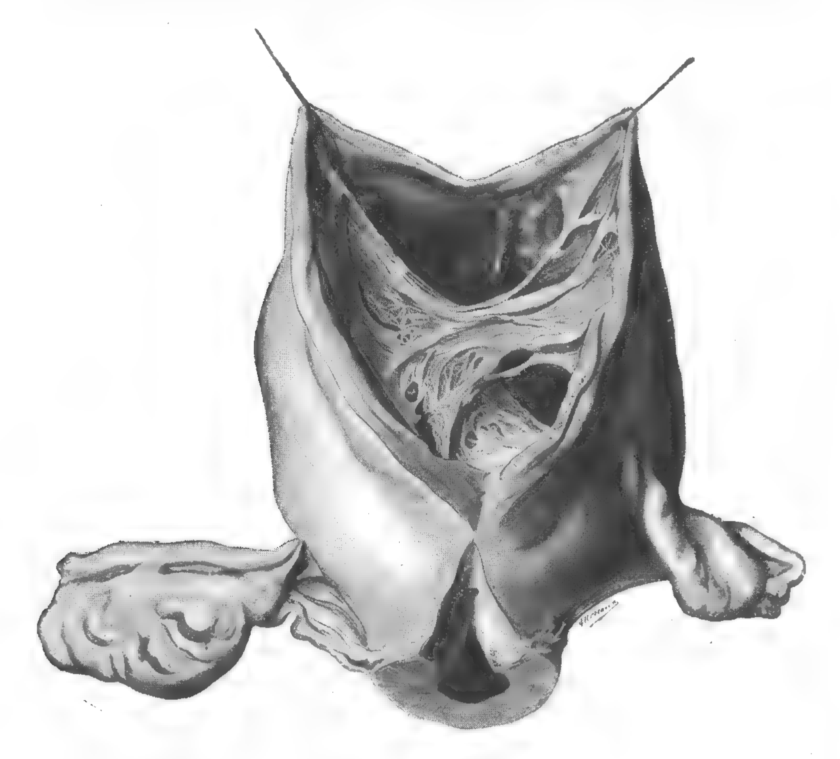
Au niveau de la partie amincie de la poche nous trouvons entre les couches limitantes de nombreux vaisseaux entourés de tissu lymphoïde envahi par la sclérose.

La recherche du bacille de Koch a été négative, mais sur les coupes colorées par le Ziehl, on trouve nn certain nombre de macrophages renfermant des boules rouges résistant à la décoloration par l'acide nitrique, d'un volume très irrégulier, les plus petites fines comme des granulations leucocytaires et plus volumineuses remplissant la cellule entière, dépassant de deux fois le diamètre du noyau lui-même. Nulle part, ni dans le ganglion, ni dans la poche kystique, nous n'avons trouvé de cellules géantes ni de tubercules.

En résumé, il s'agit d'une adénite suppurée vraisemblablement tuberculeuse, bien qu'on ne puisse histologiquement la caractériser ainsi.

Kyste de l'utérus.

M. Monod présente un kyste de l'utérus développé dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'organe, enlevé chez une femme de quarante-cinq ans, par hystérectomie abdominale sub-totale, ayant donné lieu, avant l'opération, à tous les signes d'un fibrome utérin. Le ventre contenait une tumeur arrondie, volumineuse, dépassant l'ombilic, en relation évidente avec l'utérus,



de consistance qui avait paru ferme lors d'un premier examen, mais par contre nettement fluctuante le jour de l'intervention, deux mois plus tard — l'opération avait dû être retardée, en raison de la présence d'une notable quantité d'albumine dans les urines, Celle-ci ayant complètement disparu, il n'y avait pas hésitation. il y avait même urgence à débarrasser la malade, car elle était profondément anémiée par des métrorragies de plus en plus abondantes, se produisant depuis dix-huit mois.

Le diagnostic de fibrome utérin ne paraissait pas douteux, en raison même de ces métrorragies et des signes physiques susdits;

mais fibrome *mou*, à cause de la consistance nettement fluctuante que la tumeur avait acquise en dernier lieu.

L'opération eut lieu sans incidents, sauf celui-ci que, lors de l'insertion du tire-bouchon dans la tumeur, il s'échappa, par l'ouverture ainsi faite, un liquide séreux, jaunâtre analogue à celui des kystes séreux en général.

A l'examen de la pièce, on constate deux choses : d'une part un utérus à cavité agrandie et à parois très épaisses, fibromateuses ; d'autre part, une poche kystique dont les parois étaient évidemment formées par du tissu utérin. Cette poche contenait, outre une certaine quantité de sérosité semblable à celle qui s'était écoulée lors de l'opération, un tissu filamenteux irrégulier s'étendant d'une paroi à l'autre, entre les mailles duquel le liquide s'était épanché.

Les kystes de l'utérus, à l'exception des kystes hydatiques très rares d'ailleurs, sont peu connus. Il n'en est pas de même des tumeurs fibro-kystiques, qui sont décrites dans tous les livres. Notre collègue Pozzi dans son traité les divise suivant qu'elles sont d'origine télangiectasique ou d'origine lymphatique.

Je présente cette pièce, d'une part pour demander à mes collègues ; 1° si cette tumeur est bien, comme je le pense, un kyste de l'utérus ; 2° dans le cas où il s'agirait d'une tumeur fibro-kystique, quelle en serait l'origine.

M. Mauclaire. — Je présenterai dans une prochaine séance une pièce absolument semblable. Je croyais à un fibrome kystique ou à un kyste utérin. A l'examen histologique fait par M. Piquand il fut reconnu qu'il s'agissait d'un sarcome kystique et total de l'utérus.

Calcul de la vessie développé autour d'une épingle à cheveux.

M. Routier. — Le calcul que je vous présente mesure 9 centimètres de longueur sur 4 et 5 de largeur ; on voit sur l'un de ses pôles les deux pointes d'une épingle à cheveux autour de laquelle il s'est produit.

Je l'ai enlevé par la taille vaginale à une jeune fille de dix-neuf ans, qui n'a jamais voulu avouer ce qui s'était passé ; mais le médecin qui me l'a adressée avait été appelé voilà quatre ans auprès d'elle pour un traumatisme sur la nature duquel elle ne voulut pas s'expliquer, si bien que ce médecin était parti de chez sa

malade sans savoir ce dont il s'agissait, quand il y a quelques mois il fut rappelé ; cette jeune fille perdait ses urines et incrustait toute la face interne de ses cuisses.

Je voulais vous l'amener pour vous montrer une fois de plus la simplicité de la taille vésico-vaginale. J'ai fait l'incision de toute la face inférieure de la vessie, nécessitée par le volume du calcul, et j'ai refermé cette insicion par quelques points au crin de Florence. Huit jours après j'enlevais les fils, et le dixième jour la malade guérie regagnait sa province.

Calcul salivaire.

M. Routier. — Voici un autre calcul que j'ai extrait de la glande sous-maxillaire gauche d'un malade de mon service.

Cet homme avait subi il y a dix ans l'ablation d'un calcul salivaire de son canal de Warton gauche.

Depuis six ou sept ans, il voyait venir du pus sous la langue ; quand il est entré dans mon service, on faisait facilement venir une grosse goutte de pus sur le côté gauche du frein de la langue, dans une grosse lacune qui devait être le résultat de sa première opération.

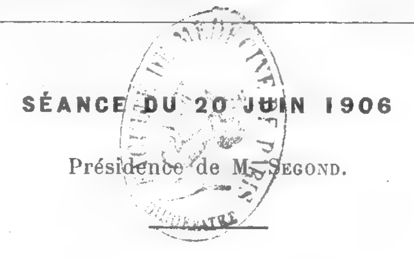
La glande sous-maxillaire n'était ni gonflée ni douloureuse, et je ne pus pas cathétériser l'orifice par où venait le pus.

J'étais donc parti pour enlever la glande sous-maxillaire par la voie externe, quand je suis tombé sur ce calcul. J'ai laissé la glande en place, et n'ai réuni ma plaie que partiellement à cause de la suppuration antérieure.

Le Secrétaire annuel,

P. Michaux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 20 JUIN 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. DELORME, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Un mémoire de M. TOUBERT, membre correspondant.

Lectures.

Mycétome à forme néoplasique simulant un fibro-sarcome de la face dorsale du pied,

par M. le Dr J. BRAULT d'Alger, membre correspondant.

(Planches I et II).

Nos indigènes qui marchent pieds nus présentent plus souvent que les Européens des traumatismes et des infections surales et podaliques. Aujourd'hui, je vais avoir l'honneur de soumettre à la Société un cas d'infection podalique ressortissant à un streptothrix. Ici, en Algérie, les affections à streptothrix, présentent certaines particularités ; on peut non seulement rencontrer l'*actinomycose*, mais encore la variété grise du *mycétome*, appelé impro-

prement pied de Madura. Ce qui fait surtout l'intérêt clinique du cas qui va suivre c'est que l'affection se présentait *comme un véritable néoplasme du à l'oospora Maduræ.*

Obs. — Buhah ben Alimau, trente-sept ans, né au Fondouk, fait le commerce des poules, mais il est simplement revendeur, il ne les élève pas. Cet homme réside à Alger depuis son enfance, il ne s'éloigne de ce centre que pour rayonner dans les communes voisines et alimenter son commerce.

Le malade se présente à notre consultation hospitalière le 4 avril 1906 et nous montre une tumeur du pied gauche, dont voici les principales caractéristiques.

Description clinique de la tumeur. — Sise à la face dorsale du pied gauche la néoplasie, en forme de brioche, présente son extrême pointe en avant sur le quatrième orteil qu'elle surplombe dans presque toute son étendue; en arrière vers le tiers postérieur du pied s'étale au contraire sa base.

La tumeur forme un relief qui est à peu près des dimensions du poing, toutefois elle est un peu aplatie, comme dimensions extrêmes, nous comptons 9 centimètres de large et 12 centimètres de long (1). A la surface se dessinent de grosses veinules, la circulation superficielle est assez marquée.

En outre, sur la peau qui recouvre la tumeur, on observe cinq ou six petites taches violâtres, les unes représentent des cicatrices fermées, les autres portent encore un petit pertuis d'où suinte un liquide mucopurulent, toutefois on ne voit sourdre aucun grain.

A la palpation qui n'est nullement douloureuse, on constate une tumeur lobulée de consistance plutôt solide, certains points ont une dureté chondroïde, d'autres points sont plus mous. Si on essaie de mobiliser la tumeur, on perçoit très nettement qu'elle est mobile sur la profondeur dans son tiers postérieur et qu'elle est au contraire assez fixe en avant.

Enfin, ajoutons que sur plusieurs points, la peau est adhérente elle est d'ailleurs fortement tendue sur toute la surface de la néoplasie.

B. B. A... raconte ainsi la genèse de sa tumeur : lorsqu'il se rend à la campagne, suivant la mode des indigènes, tantôt il chausse ses « sebhats », tantôt il marche pieds nus. Il y a un an et demi, à la suite d'une course à Rovigo, accomplie dans ces conditions, il ressentit une douleur assez vive à la base du quatrième orteil du pied gauche, en outre, il ne put dormir de la nuit en raison de démangeaisons insupportables. Toutefois, en dehors d'une petite tuméfaction l'aspect de la région semblait normal, il n'y avait ni rougeur ni plaie; deux jours plus tard douleur et démangeaisons disparurent pour ne ne plus revenir, c'est là un fait important à noter. Néanmoins la petite nodosité

(1) Les deux photographies du pied (face et profil) que nous soumettons a la Société montrent très nettement la disposition d · la néoplasie.

constatée ne fit que croître progressivement, c'était l'origine de la tumeur que nous observons aujourd'hui.

L'examen de l'aine montre quelques petits ganglions durs, mais il en existe tout autant du côté opposé.

La tumeur est unique, on n'en découvre nulle part ailleurs.

Pour être complet, nous dirons que le malade, un peu maigre, jouit toutefois d'un assez bon état général, il n'y a pas de fièvre, les principaux appareils examinés n'ont rien révélé d'anormal, la rate cependant est un peu perceptible.

L'analyse du sang a donné les résultats suivants : globules rouges 4.840.000, globules blancs 16.500; formule leucocytaire : polynucléaires 72 p. 100, mononucléaires 13 p. 100, lymphocytes 14 p. 100, éosinophiles 1. p. 100.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, elles ont une densité un peu au-dessus de la normale et contiennent une assez forte proportion d'urée.

Opération. — Traitement. Application de la bande d'Esmarch, désinfection soignée, anesthésie mixte, kélène et chloroforme.

Je circonscris par deux incisions une large bande de peau comprenant les parties amincies, violacées et adhérentes. Le reste de la peau est très difficile à séparer de la tumeur; la dissection dans la profondeur facile dans le 1/3 postérieur de la néoplasie, bien encapsulée en cet endroit, est au contraire des plus pénibles en avant, en raison de la diffusion du néoplasme qui plonge sous les tendons et dans les espaces intermétatarsiens 3e et 4e, mais sans attaquer nulle part le squelette. Les parties qui restent après l'ablation de la tumeur, poursuivie aussi loin que possible, sont curettées et cautérisées au thermocautère; on emploie également la glycérine iodée et le nitrate d'argent. Hémostase, on draine et on suture (fils de soutien au crin, agrafes de Michel), pansement compressif.

Malgré le peu de succès qu'on ait eu jusqu'ici (1), le malade est mis à l'iodure, il commence par 1 gr. 50 et augmente de 50 centigrammes par jour jusqu'à 6 grammes, il reste une trentaine de jours (trente-cinq jours exactement) à ce traitement puis redescend de 50 centigrammes par jour.

Les suites ont été des plus simples; pour arriver à la cicatrisation complète, dans une partie laissée ouverte à dessein à la partie antérieure de notre réunion, là où la tumeur était diffuse, nous avons continué les cautérisations au nitrate et à la teinture d'iode.

Bien qu'il s'agisse d'un indigène, nous ferons notre possible pour le suivre quelque temps, pour voir si la guérison se maintiendra définitive.

Aspect macroscopique de la tumeur enlevée. — La tumeur, du poids de 250 grammes environ, présente à la coupe des parties solides, charnues, *couleur chamois clair rappelant assez bien la teinte du Xanthélasma*; d'autres points sont kystiques et représentent des sortes de géodes assez nombreuses. Les kystes dont le volume est variable ont en

(1) Il est vrai qu'il s'agissait de cas plus avancés et beaucoup plus diffus.

moyenne la grosseur d'une petite amande, l'un d'eux a le volume d'un œuf de pigeon, quelques-uns sont tout petits. Ces poches kystiques contiennent un liquide muqueux ou muco-purulent, tantôt rougeâtre, tantôt gris sale; dans ce liquide nagent de nombreux grains. Ces grains arrondis sont blanchâtres, ils ont une grosseur variable, les moyens ont sensiblement le volume d'une grosse tête d'épingle ordinaire, on les comparerait assez volontiers à des grains de couscouss, assez cohérents, ils ne s'écrasent pas par la simple pression de la lamelle sur le porte-objet, il faut insister (1).

A la surface de la tumeur, là ou la peau était adhérente, on remarque des petits trajets fistuleux entourés d'une peau violacée; nous avons d'ailleurs déjà parlé de ces derniers qui mènent dans des kystes ouverts où on trouve encore une sorte de magma rougeâtre.

Résumé de l'examen histologique et bactériologique. — Le grain parasitaire étalé, fixé sur lame et coloré soit par la thionine, soit par le violet phéniqué et le Gram montre de fins amas de filaments à dichotomie très nette; par places, les filaments sont renflés; tantôt ils sont uniformément colorés, tantôt en certains points ils semblent comme segmentés.

Coupes des grains. — Pour mieux étudier les grains, il faut les durcir, les inclure et les couper. On voit alors que le centre du corpuscule est formé par une substance amorphe ou granuleuse ou par un feutrage de mycélium ayant toujours la forme filamenteuse, mais ayant perdu son affinité pour les colorants. Autour de cette zone centrale, les filaments mycéliens franchement colorés forment une couronne d'autant plus dense qu'on est plus près de la périphérie. A l'entour de cette broussaille mycélienne, dans certaines coupes heureuses colorées par le Gram avec recoloration du fond par la fuchsine diluée, on voit par places des filaments rayonnés que nous retrouverons sur les coupes des grains dans le parenchyme de la tumeur.

Coupes des tissus. — Les coupes des tissus, traitées par le Gram l'hématéine-éosine, le Van Gieson, la safranine anilinée, etc., nous ont permis de mieux déceler le processus. Comme dans les coupes du grain isolé, le centre est formé de débris mycéliens morts, le feutrage vivace se trouve à la périphérie prenant fortement le Gram, et plus à l'extérieur encore on remarque la couronne complète des filaments radiés. Cette dernière zone est déjà infiltrée de cellules embryonnaires. La plupart du temps, autour du champignon, les tissus ont réagi et organisé leur défense. On distingue tout d'abord une couche de cellules jeunes, puis une couche de cellules épithélioïdes, parmi lesquelles se voit *un certain nombre* de cellules géantes. Les cellules épithélioïdes sont enfermées dans un tissu conjonctif très lâche, de plus en plus vasculaire, à mesure qu'on s'éloigne du centre.

Examen bactériologique. — Des inoculations et des cultures ont été faites tant à notre laboratoire qu'à celui du Dey, par le Dr J. Tanton.

(1) Ces grains examinés par moi au microscope tout de suite après l'opération m'indiquent que je suis bien en face d'une tumeur à streptothrix.

Jusqu'à présent les inoculations faites aux divers animaux ont été plutôt négatives. Les ensemencements des grains recueillis aseptiquement ont donné les résultats suivants :

Sur bouillon de foin : colonies rapides (quarante-huit heures à trois jours), grains adhérents au tube, ou tombant au fond de ce dernier, centre rougeâtre rouillé, zoné périphérique grisâtre, le milieu ne se trouble pas; le bouillon ordinaire reste également limpide, les grains s'y développent moins bien, ils grossissent cependant et leur centre plus foncé s'entoure d'une masse blanche duveteuse. — Sur gélose peptonisée, la culture se développe en cinq à six jours et se présente sous la forme d'un semis de grains blanchâtres qui donnent à la surface de la gélose un aspect sec et grenu. Quelques grains plus volumineux présentent en un point une teinte rougeâtre. En gélatine peptonisée, la culture est faible et moins rapide, elle se présente sous forme d'un piqueté blanc, le long de la strie d'ensemencement, il n'y a pas de liquéfaction. Sur pomme de terre ordinaire, on voit de petites masses grisâtres, nudroformes et grenues (1).

En terminant, je le répète, ce qui frappe surtout au point de vue clinique et chirurgical dans cette observation, *c'est la forme néoplasique pris par l'infection à* streptothrix. La variété néoplasique de l'actinomycose se rencontre surtout à la mâchoire et principalement chez l'animal. Quant au mycétome, il se présente communément d'une façon beaucoup plus diffuse non seulement dans les parties molles mais dans les os; il débute ordinairement par la plante qui bombe considérablement. Au début, on voit une série de petites tuméfactions, de petits nodules cratériformes, le stylet qui les explore enfonce non seulement dans les parties molles, mais encore dans le squelette; plus tard il y a comme substratum une hypertrophie totale du pied qui devient cylindroïde ou même ovoïde et pend au bout d'une jambe atrophique.

Dans notre cas, au contraire, il n'y avait pas d'atrophie du membre et en voyant la tumeur qu'occupait le dos du pied gauche et se tenait exclusivement dans les parties molles on eût plutôt été tenté de penser à un fibro-sarcome qu'à une tumeur due à l'oospora Maduræ cependant, il s'agissait bien à n'en pas douter de ce dernier; ceci ressort nettement des photographies des coupes de la tumeur faites par notre préparateur M. R. Dida et aussi des cultures et des préparations que nous avons l'honneur de soumettre à l'appréciation de la société.

(1) Nous avons essayé des inoculations dans la chambre antérieure de l'œil du lapin. En bouillon glucosé, en liquide anilique, le développement a été presque insignifiant, en gélose lactosée, glycérinée et marmitée, les cultures sont restées stériles, ainsi que sur pomme de terre glycérinée.

EXPLICATION DES PLANCHES I ET II

Fig. 1. — Photographie du pied, vu de face.
Fig. 2. — Photographie du pied, vu de profil.
Fig. 3. — Grains blancs photographiés dans le pus, et grossis environ 3 fois.
Fig. 4. — Photographie du mycélium (grain écrasé).

Complications éloignées des traumatismes du poignet (névrite radiculaire du plexus brachial).

M. Toubert, *membre correspondant.* — Pour faire suite à la discussion sur les traumatismes du carpe et à l'occasion du rapport présenté par M. Delbet à la séance du 6 juin, sur un cas observé par M. Dujarier, je crois intéressant de faire part à la Société de chirurgie de l'histoire d'un malade qui vient de s'offrir à mon examen, porteur d'une lésion traumatique du carpe datant de près de deux ans.

Le soldat d'artillerie C..., employé dans des ateliers, a reçu, il y a environ deux ans, une volumineuse pièce de fonte sur la partie dorso-externe du poignet gauche : il y aurait eu un gonflement rapide. Traitement par l'immobilisation d'abord, le massage ensuite et, les phénomènes douloureux persistant, par la révulsion au thermo-cautère. En raison de la raideur articulaire, de la déformation, de la douleur, ce soldat fut réformé avec une gratification. Depuis lors, les douleurs et surtout l'impotence sont allées en s'accentuant et aujourd'hui le malade est soumis à mon examen pour qu'il soit décidé si cette infirmité est devenue incurable et si elle s'est aggravée au point de justifier la transformation de l'indemnité temporaire en une rente définitive.

État actuel, le 16 *juin* 1906. — Je suis frappé non seulement par l'état de la région traumatisée, mais encore et surtout par l'aspect du membre supérieur gauche tout entier, qui est le siège d'une atrophie très marquée. Le trapèze est très aminci, le faisceau claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien, le grand dorsal, le grand pectoral sont diminués notablement de volume, ainsi que les muscles des fosses sus et sous-épineuses. Le deltoïde est peu touché. Les masses vasculaires du bras gauche sont flasques et molles et la circonférence est de 24 centimètres à la partie moyenne (au lieu de 29 à droite); les muscles de l'avant-bras participent également à l'atrophie et on trouve à la mensuration 5 centimètres de différence au tiers supérieur (18 centimètres au lieu de 23). Entre ce bras et cet avant-bras d'une maigreur presque squelettique, fait contraste un coude volumineux, globuleux. On remarque à la palpation que les extrémités articulaires sont augmentées de vo-

(Brault)



Fig. 1

Fig. 2



Fig. 3

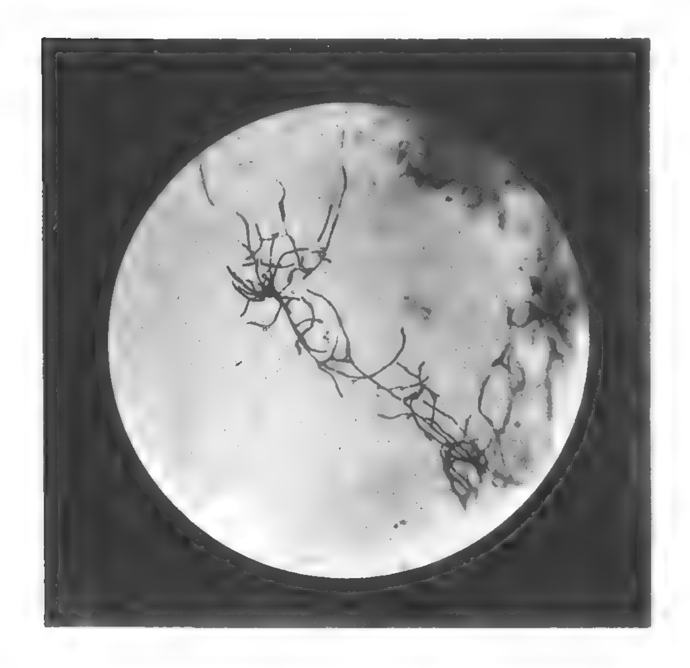


Fig. 4

lume et, outre une gêne notable de tous les mouvements, flexion-extension et pronation-supination, on constate de gros craquements. Or, ce coude n'a été l'objet d'aucun traumatisme et les lésions qu'il présente sont survenues insidieusement sans douleur, un an environ après l'accident.

Le poignet est le siège d'une tuméfaction portant aussi bien sur la face dorsale que sur la face palmaire, mais prédominante sur cette dernière et nettement sous-jacente à l'interligne radio-cubito-carpien. Les mouvements passifs sont très réduits, aussi bien la flexion-extension que la pronation-supination.

Enfin la main est amaigrie, avec des éminences thénar et hypothénar affaissées et des doigts amincis et effilés : les téguments palmaires sont de couleur lilas, couverts d'une éruption à bulles fines, confluente sur la paume et discrète sur les doigts; la sueur perle aux pulpes digitales.

Les mouvements volontaires de tous les segments du membre supérieur gauche manquent d'étendue et surtout de puissance. La sensibilité paraît diminuée, mais on ne peut préciser la topographie de cette hypoesthésie, en raison des réponses imprécises du malade. Les réflexes tendineux du poignet et du coude ne sont pas modifiés.

Il ne m'a pas été possible, à mon grand regret, de faire faire ni l'examen radiographique du poignet et du coude, ni les épreuves de l'électro-diagnostic sur ce sujet non hospitalisé et simplement de passage dans la garnison.

Je n'ai pas eu non plus à me poser la question, d'ailleurs discutable à l'heure actuelle, de l'opportunité d'une intervention, car le malade pressenti à ce sujet a déclaré refuser par principe toute opération, craignant sans doute qu'une amélioration survenant dans son état actuel ne réduisît la quotité de la rente à allouer.

Telle est l'observation, aussi complète que les circonstances, d'ailleurs peu favorables, m'ont permis de la recueillir. Elle est, je crois, à retenir, non pas au point de vue de la pathogénie (car un diagnostic rétrospectif précis des lésions anatomiques est aujourd'hui impossible, surtout en l'absence de radiographie), mais au point de vue du pronostic éloigné des traumatisme du carpe. Le cas que je viens de rapporter est, je pense, un exemple typique de névrite extensive atteignant aujourd'hui les racines mêmes du plexus brachial gauche et compliquée d'une arthropathie du coude rappelant l'arthropathie tabétique.

C'est à titre de contribution à l'étude de ce pronostic éloigné que j'ai cru utile de communiquer à la Société de chirurgie la relation de ce cas, intéressant, non seulement pour les médecins militaires qui, de tout temps, ont eu à connaître et à résoudre ces problèmes difficiles de pronostic éloigné en matière d'accidents survenus en service commandé, mais encore pour les médecins

civils qui, de plus en plus, à la suite de la loi sur les accidents du travail, ont à se documenter sur les suites lointaines des traumatismes osseux et articulaires.

M. MOTY. — Je voudrais appeler l'attention sur les symptômes névritiques qui paraissent dominer le tableau très intéressant que notre collègue Toubert nous a tracé de son malade : atrophie musculaire prononcée, sueurs des doigts, etc. Nous trouvons souvent des sujets qui, pour un traumatisme quelconque des extrémités, fût-il insignifiant au premier abord, présentent ensuite des troubles fonctionnels équivalents à la perte de l'usage du membre atteint ; ce sont des hystériques d'un haut degré présentant un champ visuel très rétréci. — Si je fais cette remarque, c'est pour en conclure que les lésions présentées par le malade de M. Toubert, ne peuvent pas entrer de plain-pied en ligne de compte pour apprécier la gravité ultérieure des traumatismes carpiens. C'est aussi pour approuver la réserve de M. Toubert au point de vue des indications de l'intervention chez son malade ; j'ai en effet remarqué que les sujets de cette catégorie guérissent rarement et les pronostics défavorables que j'ai eu l'occasion de porter à leur sujet se sont toujours et, à mon grand regret, parfaitement vérifiés, qu'il y ait eu ou non intervention.

A l'occasion du procès-verbal.

M. J.-L. FAURE. — J'ai reçu une lettre de notre collègue Imbert, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, qui me fait observer qu'il a fait, le 15 novembre 1905, ici même, à la Société de chirurgie, avec son confrère, le Dr F. Pieri, une communication sur l'extirpation utéro-vaginale totale, au cours de laquelle il décrit un procédé vagino-abdominal ressemblant beaucoup à celui de Duval.

Le fait est exact. La fermeture du vagin en bourse, dans le premier temps vaginal, et l'oblitération de la vulve y sont décrites, comme dans le cas de Duval. De même, dans le temps abdominal, l'extirpation en bloc de l'utérus et du vagin, à l'état de cavité close. Eux aussi se sont préoccupés de supprimer ainsi toute chance d'infection basse pour le temps abdominal.

J'ai dit comment et pourquoi cette confiance me paraissait illusoire, et comment ce procédé me paraissait se recommander sur-

tout par les facilités qu'il donne dans l'élévation de l'utérus et la dissection de la région péri-cervicale.

Je n'y reviens pas. Mais il n'est que juste de reconnaître la part importante qui revient à MM. Imbert et Pieri dans l'étude de cette question.

De la jéjunostomie.

M. Lejars. — Il est peut-être regrettable que l'on n'ait parlé, dans cette discussion, que des applications de la jéjunostomie aux cas inopérables et désespérés de cancer gastrique : elle n'est alors qu'un pis aller, qu'une dernière ressource, et ne peut donner que des résultats tout précaires. Mais on ne saurait oublier qu'elle a d'autres indications, plus ou moins discutables, sans doute, mais qui méritent d'être rappelées.

On l'a employée dans certaines formes d'ulcère gastrique et spécialement dans certaines gastropathies de nature bénigne, caractérisées surtout par la ténacité des vomissements et l'intolérance complète de l'estomac. Maydl avait publié d'assez nombreuses observations de ce genre, où la jéjunostomie, destinée à permettre l'alimentation en mettant au repos l'estomac, avait été suivie de sédations prolongées et même de guérisons, semblait-il, définitives; il avait même, dans les derniers temps de sa vie, poussé un peu loin cette prédilection de la jéjunostomie et ne craignait pas de la substituer souvent à la gastro-entérostomie. Sans chercher à le suivre dans cette voie, j'ai tenu à me rendre compte de ce que pouvait donner la bouche jéjunale dans certains cas de gastrite ulcéreuse; j'ai fait trois opérations, que j'ai publiées en 1904 (1), et je désire seulement en rapporter aujourd'hui le résultat final.

Mon premier malade était un homme de trente-neuf ans, qui, depuis quinze mois, souffrait de l'estomac: les douleurs s'étaient accrues dans les dernières semaines, elles se répétaient à la moindre ingestion de liquide, et s'accompagnaient de vomissements journaliers; notre homme, très amaigri, très pâle, avait perdu sept kilos en trois semaines. Le palper ne donnait rien de net. A l'examen direct de l'estomac, après laparotomie médiane sus-ombilicale, je ne trouvai non plus aucune zone suspecte, aucune induration du pylore, ni du foie; je fis la jéjunostomie par le procédé de M. von Eiselsberg que je vais décrire tout à l'heure.

(1) Applications et technique de la jéjunostomie. *Semaine Médicale*, 27 juillet 1904.

Les suites furent, ici, très bonnes : les douleurs cessèrent assez vite, quelques aliments liquides purent être repris par la bouche et supportés. Au bout de deux mois et demi, on laissait se fermer l'orifice jéjunal, l'opéré s'alimentait régulièrement, il avait gagné six kilos. Les accidents gastriques ne se sont pas reproduits.

Notre second jéjunostomisé avait trente-sept ans, et une histoire toute semblable à celle du précédent, avec cette différence, toutefois qu'il souffrait, lui, depuis douze ans ; mais les douleurs gastriques et les vomissements s'étaient accentués depuis plusieurs mois : il vomissait toute espèce d'aliment, et l'amaigrissement et la dénutrition devenaient menaçants. Chez lui, aussi, l'exploration directe était fort peu révélatrice : on réveillait seulement une sensibilité diffuse dans toute la région épigastrique. Le ventre ouvert, je trouvai au pylore quelques adhérences filamenteuses, et, implanté sur son bord antérieur, épais, une petite tumeur fibreuse, grosse comme une fève : je pratiquai la jéjunostomie. Le malade en éprouva un rapide et notable bénéfice : il cessa de souffrir, augmenta de poids, et recouvra, au bout de quelques mois, un très bon état général. Toutefois, l'alimentation par la bouche restait toujours assez difficile à reprendre ; finalement, cinq mois après l'intervention, notre homme quittait le service, conservant encore sa bouche jéjunale, qui ne servait, d'ailleurs, que fort peu : je ne l'ai pas revu depuis.

La troisième malade était d'aspect tout à fait cachectique, il vomissait, lui aussi, toute espèce de liquide ; il avait eu, l'année d'avant, une hématémèse abondante, suivie de mélæna. Pourtant l'examen direct de l'estomac, après laparotomie, le montra de dimensions moyennes, et d'apparence tout à fait normale, ainsi que le pylore et le duodénome ; je fis une jéjunostomie. Cette fois encore, les douleurs cessèrent immédiatement, les forces se rétablirent peu à peu ; mais, au bout de trois mois, l'état général redevint précaire, et, regrettant un peu de m'être borné à la jéjunostomie, je pratiquai une gastro-entérostomie secondaire, et fermai la fistule jéjunale, du reste, avec la plus grande facilité, car elle était réduite à un très étroit orifice. Cette seconde intervention fut suivie d'une amélioration notable, mais qui ne se prolongea pas, au-delà de trois semaines, et le malade s'affaiblit rapidement et s'éteignit. A l'autopsie, ou ne trouva pas de néoplasme gastrique, mais une muqueuse stomacale épaissie et semée d'ulcérations multiples ; il s'agissait d'une gastrite alcoolique fort ancienne, et compliquée d'une déchéance générale, de même origine.

Je me garderais, bien entendu, de rien conclure de trois seuls faits ; je dirai pourtant qu'il ne m'ont donné qu'une satisfaction

très médiocre et peu encouragé à poursuivre l'expérimentation ; chez mes deux derniers malades, j'estime que la gastro-entérostomie d'emblée eût été préférable; le résultat obtenu chez le premier tend à montrer que dans certaines gastrites ulcéreuses, sans sténose, et certaines intolérances gastriques rebelles, la jéjunostomie peut être suivie d'un arrêt des accidents, vomissements et douleurs, et d'une guérison parfois durable. Toujours est-il que la gastro-entérostomie reste de pratique beaucoup plus sûre.

Dans d'autres conditions, toutefois, et spécialement dans les brûlures étendues de l'estomac, la création d'une bouche jéjunale doit être tenue pour une intervention des plus précieuses : elle a rendu, en pareil cas, les plus grands services, et mérite d'être appliquée au stade initial des vastes brûlures gastro-œsophagiennes, alors que l'alimentation buccale est impossible, et, d'autre part, à la période cicatricielle, lors de sténose combinée de l'œsophage et du pylore, ou de rétraction scléreuse totale de l'estomac.

Il ressort de ces quelques considérations que la jéjunostomie est autre chose encore que l'intervention *in extremis* qu'elle représente dans le cancer gastrique — et, par suite, il nous importe d'en rechercher la meilleure technique; autrement dit la plus simple et celle qui assure la continence la plus exacte et la plus durable.

Cette question de technique a été surtout débattue, ici, et j'ai été surpris de ne pas entendre parler, au nombre des divers procédés qui ont été discutés, d'un de ceux qui ont les meilleurs droits à n'être pas oubliés : je veux parler du procédé de M. von Eiselsberg. L'an dernier, M. H. Lempp (1) en rapportait 68 observations, émanant de la pratique de M. von Eiselsberg, depuis 1894, et ce chiffre vaut, certes, la peine qu'on s'y arrête et qu'on étudie une façon de faire si fréquemment utilisée. De ces 68 jéjunostomies, 44 avaient été pratiquées dans le cancer, 18 dans l'ulcère, 5 dans les brûlures œsophago-gastriques, 1 dans un cas de périgastrite.

Il s'agit, dans ce procédé, d'une jéjunostomie latérale avec canalisation; c'est, avec quelques nuances, l'application à l'intestin de la gastrostomie de M. Witzel : une sonde est incluse sous un double pli de la paroi intestinale et s'étend, par un trajet plus ou moins long, de la cavité intestinale au dehors. Dans les huit jéjunostomies que j'ai eu l'occasion de faire jusqu'ici, j'ai

(1) H. Lempp. Uber den Werth der Jejunostomie *Archiv f. klin. Chirurgie*, 1905, Bd LXXVI, 1-2, p. 323.

utilisé cette technique, et je l'ai décrite et figurée en 1904 (1).

En résumé, on procède de la façon suivante : on amène à la plaie une anse jéjunale située à 30 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal; on la dispose verticalement, on la maintient avec deux pinces de Kocher à ses deux bouts. En bas, on fore un tout petit orifice, juste suffisant à laisser pénétrer une sonde de Nélaton n° 14, que l'on introduit et fait glisser de 5 à 6 centimètres dans l'intestin; un faufil circulaire de catgut ferme l'orifice autour de cette sonde; on la fait remonter, en long, sur l'anse jéjunale, et, par des points séparés ou un surjet, on l'inclut sous un double pli de paroi : la longueur de cette inclusion peut varier ; on lui donne 2 cent. 1/2 à 3 centimètres, en général, dans la pratique de M. von Eiselsberg; j'ai cru bon, pour ma part, de réaliser un trajet plus long et je le fais d'ordinaire de 8 à 10 centimètres. L'extrémité libre de la sonde est maintenue hors du ventre, et l'on fixe l'anse jéjunale à la paroi abdominale, par deux fils transversaux, situés l'un au-dessous du point de pénétration de la sonde, l'autre au-dessus de son point de sortie, et, au besoin, par quelques anses latérales en U; on réunit, par-dessus, la paroi abdominale et la peau. On peut alimenter le malade au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, et on laisse la sonde à demeure pendant longtemps, deux ou trois semaines. Le canal est alors dûment constitué et calibré.

M. von Eiselsberg a insisté sur la continence très exacte des bouches jéjunales ainsi établies; pour ma part, j'ai constaté le fait chez sept de mes huit opérés, trois d'entre eux ont été suivis pendant plusieurs mois et nul écoulement de bile ou de liquide quelconque ne s'est jamais produit par l'orifice; chez mon dernier opéré, seul, l'incontinence s'est produite au bout d'une douzaine de jours, et si abondante, que je suis convaincu qu'une faute a été commise : insuffisance de fixation de l'anse, ou peut-être manœuvre irrégulière exercée sur la sonde; une intervention secondaire me donnera sans doute l'explication de cet accident. Mais il doit être, je pense, considéré comme exceptionnel, et le résultat tout à fait remarquable obtenu chez mes sept autres jéjunostomisés m'a paru le démontrer. La technique de M. von Eiselsberg est donc simple et permet d'obtenir une excellente continence : c'en est assez pour qu'elle doive être connue et appliquée.

M. Quénu. — M. Lejars a dit que la jéjunostomie avait été utilisée ailleurs qu'en France dans certains cas de gastrite ulcéreuse; je rappelle qu'à propos du rapport de Schwartz sur les présenta-

(1) *Loc. cit.*

tions de Riche, j'avais rapporté l'observation d'un malade auquel j'avais fait, plusieurs années auparavant, une gastro-entérostomie antérieure pour une sténose pylorique cicatricielle, et qui avait ulcéré non seulement sa bouche anastomotique, mais sa paroi abdominale y compris les muscles droits de l'abdomen. Je fus obligé de réséquer toute l'anastomose et de rétablir une nouvelle gastro-entérostomie qui fonctionna très bien, mais qui, plusieurs mois après, fut à nouveau suivie de phénomènes douloureux pour lesquels le malade entra de nouveau dans mon service. Je le soumis à l'observation de M. Chauffard et à la mienne ; il n'existait aucun trouble dans la fonction mécanique, pas de vomissements. Bon état général, mais hyperacidité persistante du suc gastrique. Nous nous assurâmes par des repas d'épreuves et par le cathétérisme que l'évacuation du contenu stomacal se faisait très rapidement.

Après divers traitements médicaux, après l'administration le matin de 20 grammes de sous-nitrate de bismuth, après l'usage de la belladone et des gouttes noires, tout cela sans résultat aucun, devant l'intensité des douleurs qui n'étaient calmées que par l'usage des injections sous-cutanées de morphine, je me déterminai à pratiquer une jéjunostomie en Y tout en laissant telle quelle sa bouche gastrojéjunale.

La bouche jéjunale fonctionna bien quelques jours, elle fut continente tant qu'elle fut petite, mais les sucs digestifs l'agrandirent et la bouche cessa d'être continente. Le malade refusa de se nourrir autrement que par les voies normales. Par conséquent, l'estomac ne fut pas exclu.

J'avais pratiqué mon opération pour mettre l'estomac tout à fait au repos. Chose curieuse, malgré le contact des aliments avec l'estomac, les douleurs disparurent, et l'état général se releva.

Je ne puis donc interpréter les faits qu'en disant que le calme est revenu par le fait de l'évacuation par la bouche jéjunale de l'excès des sucs digestifs.

L'opéré est en observation dans mon service depuis plus de deux ans, j'ai pensé lui rétrécir l'orifice intestinal, mais devant la rougeur du pourtour de la fistule, j'ai craint qu'un procédé d'autoplastie ne fût frappé d'insuccès, j'ai cautérisé au thermocautère le pourtour de l'orifice. Je n'ai rien obtenu. Le malade va tellement bien que j'ai l'intention, sur son pressant désir, d'essayer une fermeture de la bouche jéjunale sans savoir quel sera le résultat fonctionnel.

Rapports.

Sur une observation de M. Robineau, intitulée : *Sténose du pylore par ingestion d'acide chlorhydrique. Gastro-entérostomie. Guérison.*

Rapport par M. TUFFIER.

Vous m'avez chargé de faire un rapport sur une observation fort intéressante de M. Robineau. Il s'agit d'une sténose du pylore, dont l'origine est fort rare : c'est une corrosion (1) du pylore par l'acide chlorhydrique, avec intégrité presque absolue de tout le reste du tube digestif. Je joindrai à cette observation la citation de deux faits personnels et l'analyse de tous les faits que j'ai pu rencontrer dans la littérature. Voici d'abord l'histoire de ce malade qui nous a été présenté guéri :

Un enfant de seize ans, marinier, de petite taille, malingre et chétif déjà, fut victime, le 22 juillet 1905, de l'accident suivant : Étant dans un bateau, il descendit dans la cambuse pour boire du cidre; par erreur, il avala rapidement la moitié d'un verre d'*acide chlorhydrique commercial*. Cet enfant était à jeun depuis plusieurs heures; il ressentit une douleur atroce suivie d'un vomissement et d'une sensation de brûlure allant du sternum jusqu'à l'épigastre. Un médecin, appelé, ordonne de prendre du lait et des œufs; la déglutition est presque impossible; le peu de liquide absorbé est aussitôt rendu. Les vomissements deviennent sanguinolents, mais il n'y eut jamais d'hématémèse proprement dite. Le médecin conseille alors des vomitifs et continue le régime lacté.

Cet état dura *huit jours*. Puis, le jeune homme commença à aller mieux; les vomissements s'espaçaient, ne renfermaient plus de sang. Les sensations douloureuses disparurent. Cependant, l'état général se remontait peu, et les essais d'alimentation ordinaire étaient, le plus souvent, suivis de rejet du contenu gastrique. Voyant qu'il ne guérissait pas, il vint consulter à Beaujon et fut admis, le 23 août, un mois après l'accident, dans le service dirigé par M. le Dr Bruhl.

Là on le tint en observation; il fut mis de nouveau au régime lacté, et on lui administra des lavements nutritifs. En un mois, on constata un amaigrissement de 6 kilogrammes (le poids tomba, en effet, à 20 kilogrammes), et il devint évident qu'un obstacle pylorique s'opposait au passage des aliments dans l'intestin. C'est alors que M. Bruhl demanda d'intervenir.

(1) J'emploie le terme de *corrosion*, qui me paraît préférable à celui de *brûlure*, généralement adopté.

Le *25 septembre*, on constate son émaciation extrême; ses traits sont creusés, il est squelettique; avec son bonnet de coton enfoncé sur les oreilles, il donne l'impression d'un tout petit vieux. Sa voix est grêle; il se plaint d'avoir faim. L'examen de l'abdomen montre les faits suivants : le ventre est tout à fait creux au-dessous de l'ombilic, et les crêtes iliaques circonscrivent, par leur saillie exagérée, deux fosses plates. A l'épigastre, au contraire, grosse rainure, qui s'étend en travers d'un rebord costal à l'autre. C'est l'estomac *dilaté* donnant, à la percussion, un son hydro-aérique, et, à la palpation, le bruit de clapotement. Sa limite inférieure est aisée à trouver et dépasse, d'environ un travers de doigt, une horizontale suivie par l'ombilic. Quand on a percuté une fois ou deux, et qu'on laisse ensuite l'estomac au repos, on voit apparaître une onde de *contraction péristaltique* qui naît sur les côtes gauches pour se diriger et se terminer à droite; cette onde dessine avec exactitude le contour gastrique, et est en général suivie d'une seconde et même d'une troisième contraction.

Bien que la paroi abdominale soit très souple, l'exploration ne fait reconnaître nulle part, une tuméfaction ou une induration quelconque. Depuis quelque temps, *les vomissements sont espacés* et se produisent régulièrement tous les trois à quatre jours; ils ont le caractère du vomissement *total*, le malade rejetant tout le contenu gastrique (*évalué entre deux et trois litres*). La sensation de lourdeur disparaît une fois l'estomac vidé. Dans de telles conditions, une opération est urgente, et je fais aussitôt passer le malade salle Malgaigne.

Le 26 septembre, j'explore l'œsophage avec la boule moyenne. Cette investigation avait été faite déjà en médecine; elle est de nouveau négative, en ce sens qu'aucun obstacle n'arrête la boule, ni à l'aller, ni au retour. Je fais alors laver l'estomac trois fois dans la journée, avec de l'eau de Vichy. Le malade ne prend qu'un peu d'eau. Deux injections sous-cutanées de sérum, de 500 grammes chaque, remplacent l'alimentation impossible. Le ventre est savonné et pansé.

L'examen chimique du suc gastrique n'a pas été fait.

Opération, le 27 septembre. — Immédiatement avant, lavage de l'estomac, narcose : chloroforme et oxygène (Roth).

Laparotomie médiane sus-ombilicale, mais atteignant l'ombilic. L'estomac est gros, et attiré dehors avec l'épiploon presque réduit à la séreuse et aux vaisseaux, La face antérieure de l'estomac est normale. En attirant le pylore, on amène hors du ventre une tumeur grosse comme une mandarine, irrégulière, un peu bosselée, dure; à son niveau les deux épiploons sont un peu ratatinés, et s'accolent à ses bords supérieurs et inférieurs. Au delà d'elle, la première portion du duodénum est saine. C'est donc une tumeur plutôt *prépylorique*. Le grand épiploon étant convenablement relevé, le ligament gastrocolique est effondré au-dessous de la grande courbure; la face postérieure de l'estomac est reconnue saine, et l'on sait que la tumeur du pylore n'a aucune adhérence postérieure. *La résection de cette tumeur était facile et très tentante*. Je pensai qu'elle était parfaitement inutile, et comme il y avait un intérêt majeur à aller vite, je suivis mon

intention première qui était de faire la gastro-entérostomie postérieure.

Deux pinces courbes limitent le champ opératoire du côté de l'estomac; au delà, quatre fils de lin fixent l'ouverture du ligament gastro-colique à l'estomac. L'angle duodéno-jéjunal est repéré, l'intestin très affaissé, est dévidé jusqu'à 50 centimètres environ au delà de cet angle. Coprostase à l'aide de deux pinces-clamps.

Surjet séro-séreux postérieur. Ouverture de l'estomac et de l'intestin au bistouri, sur 3 centimètres de long environ. Surjet total postérieur, puis antérieur. Surjet séro-séreux antérieur. Avant ce dernier temps, les pinces ont été retirées. Enfin l'intestin en amont de la bouche anastomotique, est fixé à l'estomac par quelques points en surjet sur une longueur de 8 à 10 centimètres. L'anastomose a été pratiquée à 5 ou 6 centimètres de la tumeur, et à égale distance des deux courbures. Grâce au lavage préalable de l'estomac, et aux pinces-clamps, l'ouverture gastrique n'a été suivie de l'écoulement d'aucun liquide. Les sutures ont été faites au fil de lin. Suture de la paroi en deux plans; surjet de catgut musculo-péritonéal. Agrafes métalliques sur la peau. Durée : cinquante minutes.

Suites : normales, pas de vomissements; pas d'élévation thermique; aucune réaction.

Le premier jour, 1.000 grammes de sérum à la fin de l'opération, 500 grammes le soir. Le deuxième jour, un peu d'eau glacée à boire. Sérum. Le troisième jour, alimentation lactée. Sérum. Le cinquième jour, purge. Sérum. Le septième jour, ablation des agrafes.

L'alimentation a été progressivement reprise. La bouche a bien fonctionné, car le malade n'a plus eu un seul vomissement.

A la fin d'octobre, il avait repris 6 kil. 500.

Vers cette époque, nous avons demandé au Dr Guisez de bien vouloir pratiquer l'*œsophagoscopie*; il était en effet intéressant de constater si ce malade ne présentait pas quelque altération de ce conduit (?) bien qu'il n'y eut pas de rétrécissement. L'examen fut un peu difficile, et gêné par la déglutition de salive. Cependant Guisez put voir une sorte de bande blanchâtre, de nature cicatricielle. Nous devons donc admettre qu'il y a eu chez ce malade brûlure de l'œsophage en même temps que du pylore; si la sténose n'est pas apparue sur le conduit, c'est que la brûlure n'a pas été circonférentielle.

Après octobre, l'amélioration fait peu de progrès; il est vrai que ce malade présente un sommet pulmonaire droit (?), atteint de tuberculose au premier degré, qu'il tousse et crache. Il quitte toutefois Beaujon, mais y revient quelques jours en décembre; son ventre a énormément grossi; il se trouve souffrant. La bouche gastrique fonctionne cependant bien. Il est probable qu'il a fait quelques excès alimentaires, car après purgation tout rentre dans l'ordre.

Depuis cette époque, il est revenu dans le service où M. Tuffier l'a trouvé très amélioré et méconnaissable. Il ne tousse plus, son état général est excellent, il peut travailler et ne présente aucun signe fonctionnel de tuberculose.

Cette observation est rare et, pour ma part, je n'ai vu que deux cas de sténose pylorique par corrosion. L'un que j'ai opéré à Beaujon, en 1892, et qui provenait du service du Dr Millard; l'autre, dans le même hôpital, en 1904. Je ne puis, avec ces trois faits, reprendre toute l'histoire de ces sténoses, qui ont été bien étudiées dans le mémoire de Quénu et Petit (*Revue de chirurgie*, 1902, t. I, p. 51). La *localisation* du processus cicatriciel au niveau du pylore, la *durée de son évolution progressive* et *sa thérapeutique* sont les seuls points que j'envisagerai.

La *localisation pylorique* du rétrécissement successif à l'ingestion par la bouche de liquide corrosif est fréquente; il n'y a pas lieu de s'en étonner, puisque les liquides pathogènes stagnent à ce niveau et pénètrent ainsi les tuniques de l'estomac; mais, ce qui est plus remarquable, c'est que cette lésion peut être seule appréciable dans toute l'étendue du tube digestif. La bouche, le pharynx et l'œsophage peuvent être indemnes; plus souvent, les uns et les autres sont altérés, mais à un degré très différent. Dans l'observation de Petit, l'ingestion d'acide azotique n'avait altéré *que la bouche et l'œsophage*; dans le cas de Vacquez, la muqueuse gastrique était *gangrenée* en presque totalité, et l'œsophage était intact. Toutes les autres observations signalent la coïncidence de lésions œsophagiennes et gastriques. Voilà pour les cas aigus.

Les lésions *tardives* présentent les mêmes variétés. Grisolle et Ferrand signalent deux cas de *sténose du pylore seul*, sans altération œsophagienne; Bardet et Peters observèrent une *sténose œsophagienne sans aucune altération gastrique*. Chez le malade que j'ai opéré et qui m'avait été adressé par M. le Dr Millard, il n'existait qu'un rétrécissement pylorique très serré, sans trace de lésion cliniquement appréciable, sur le pharynx ou l'œsophage. Dans tous les autres cas, il existe, constatées à l'autopsie, des *cicatrices œsophagiennes* longitudinales (Lanceraux), transversales (Sée), ulcéreuses (Laboulbène, Gehls), et trois fois on trouve simultanément une sténose gastrique et une sténose œsophagienne. En dehors de ces faits *anatomiques*, la *clinique* montre à Quénu, sur trente observations, *vingt-trois sténoses pyloriques exclusivement* et *sept coïncidences* de sténose du pylore et de l'œsophage. La différence entre ces résultats *anatomiques* et *cliniques* tient probablement à ce que, cliniquement, certaines lésions peu marquées de l'œsophage, et entre autres les traînées cicatricielles longitudinales, peuvent passer inaperçues ; c'est, d'ailleurs, ce qui a eu lieu chez notre malade, où l'œsophagoscopie elle-même, à laquelle j'assistais, n'a montré que péniblement une traînée un peu blanche sur l'œsophage; le malade, d'ailleurs, ne

s'en plaint nullement. La fréquence, la gravité et l'inconstance de ces *lésions gastriques* tiennent peut-être, comme le dit Quénu, à l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac au moment de l'ingestion des liquides caustiques. Cette sténose pylorique peut être la seule lésion gastrique, mais elle est souvent accompagnée *de bandes cicatricielles des faces et des courbures de l'estomac*, bandes inextensibles qui brident l'estomac de tous côtés et *empêchent son ectasie consécutive*. C'est là un fait curieux, rare et spécial à cette variété de sténose.

Le second fait que cette observation met en lumière est la rapidité avec laquelle s'installent ces sténoses pyloriques. En général, c'est dans les *six semaines* qui suivent l'ingestion des liquides caustiques que se manifestent ces lésions. Elles évoluent rapidement et ne diffèrent dans leur symptomatologie des autres rétrécissements du pylore que par la rapidité de leur évolution. Au cours des recherches que j'ai faites à ce sujet, je dois signaler des cas de sténose tardive. C'est ainsi que chez une malade de M. Dujardin Beaumetz, la sténose se manifesta cinq ans après; dans un cas d'Ortmann, trois ans après l'accident; dans un fait cité par Quénu dans son mémoire, c'est quatre ans.

Pour ma part j'ai vu, en 1904, au n° 8 de la salle Malgaigne, un homme de quarante ans atteint de sténose pylorique par suite d'ingestion d'acide chlorhydrique. Il s'agissait de l'ordonnance d'un officier qui, le 14 juillet 1896, avala un verre de liquide corrosif. Après avoir eu des accidents aigus d'une gravité extrême, il guérit complètement, et ce n'est que depuis deux ans qu'il présentait des signes d'ectasie gastrique avec vomissements intermittents. Son état général, lorsque je l'ai vu, était encore assez satisfaisant, et le malade refusa toute intervention chirurgicale.

Ces faits sont relativement rares et d'une interprétation difficile. Pour ma part, je ne crois pas que la sténose mette autant de temps à s'établir; il est probable que le retrécissement étant incomplet la musculature stomacale suffit à vaincre l'obstacle, et ce n'est seulement que lorsque cette musculature se sclérose et qu'elle devient insuffisante que les accidents se manifestent. J'ai fait autrefois des expériences de sténose artificielle du pylore chez le chien, et j'ai pu voir avec quelle facilité elles étaient tolérées. Quoi qu'il en soit, il existe évidemment, à la suite de corrosion pylorique, des *sténoses rapides fréquentes et des sténoses tardives rares.*

J'ajoute que dans ce cas de rétrécissement du pylore et de l'œsophage, c'est le rétrécissement œsophagien qui précède la ténose pylorique.

Je discuterai peu la question thérapeutique. Dans la période aiguë, la jéjunostomie paraît être indiquée; il faut cependant bien savoir que tout ce qu'on a écrit et tout ce qu'on a dit sur le repos de l'estomac acquis par une gastro-entérostomie ou par une fistule intestinale est sujet à discussion et ne doit être accepté que sous bénéfice d'inventaire. Toutes les expériences récentes tendent à prouver que si ces interventions mettent la motricité de l'estomac au repos, elles ne peuvent modifier la sécrétion gastrique; cette sécrétion, lorsqu'elle est hyperchlorhydrique, laisse persister une des causes principales d'accidents.

Les trois opérations employées contre la sténose pylorique sont la *gastroplastie*, *la résection du pylore* et *la gastro-entérostomie*.

La première est simple, mais elle donne des récidives, et surtout, la lésion cicatricielle n'étant pas exclusivement *pylorique*, mais intéressant tout l'antre du pylore, peut être insuffisante.

La *résection* est la méthode de choix; elle est toujours plus longue et plus dangereuse que l'anastomose gastrique, et comme le plus souvent on opère des malades cachectiques, et que nous n'avons pas ici à redouter la transformation cancéreuse d'un ulcère, ses applications sont restreintes, et, en somme, c'est à la *gastro-entérostomie* que nous donnons la préférence; ces sténoses cicatricielles constituent l'indication la plus nette de cette opération et la *plus féconde en résultats définitifs*. M. Robineau l'a employée avec succès, et il a parfaitement bien fait.

Je vous propose de lui adresser les remerciements de la Société pour sa très intéressante observation.

Pseudo-étranglement d'une hernie inguinale de la trompe chez une fille de quatre mois,

par M. H. Gaudier, agrégé à la Faculté de Lille.

Rapport par M. A. BROCA.

Chez une fille de quinze jours, ayant presque à sa naissance contracté la coqueluche, on vit apparaître à l'aine droite une tumeur irréductible, grosse comme une amande, qui resta indolente, en sorte qu'on ne s'en occupa pas. A l'âge de quatre mois, augmentation brusque de volume, douleur, ballonnement léger du ventre, refus de prendre le sein, et huit jours après le début des accidents l'enfant fut apportée à l'hôpital Saint-Sauveur. Alors la

tumeur, grosse comme un œuf de poule, est douloureuse au toucher, recouverte d'une peau rouge; elle est rénitente, irréductible, se prolonge dans le canal inguinal; aucun symptôme d'étranglement intestinal. Malgré cela, M. Gaudier opéra d'urgence, évacua un gros caillot sanguin qui lui expliqua l'augmentation brusque de volume, et au fond du sac trouva la trompe très serrée dans l'anneau, grosse comme le petit doigt, noirâtre; elle lui parut trop malade pour être conservée et il la réséqua. L'examen histologique a confirmé sans discussion possible qu'il s'agissait de la trompe. L'enfant guérit sans incident.

Depuis le travail de Mencière qui avait réuni onze cas de hernie inguinale de l'ovaire chez l'enfant, dont quatre chez des malades provenant de mon service, les observations analogues ne sont pas très nombreuses. Voici celles auxquelles nous renvoie M. Gaudier.

Launay et Wiart présentèrent en 1897 à la Société anatomique le cadavre d'une enfant de deux mois atteinte de hernie congénitale de l'ovaire droit, la trompe étant placée devant l'ovaire, ce qui me semble confirmer l'opinion de Cruveilhier que, dans la grande majorité des cas, la hernie de l'ovaire est précédée par celle de la trompe.

En 1899, Wiart montre un nouveau cas de hernie de l'ovaire à gauche. La trompe adhérait au sac.

En Angleterre on a publié un certain nombre de faits qui paraissent peu connus en France. Owen en 1896 (*Lancet*, n° 3786, 1896) relate le fait d'une enfant de deux semaines atteinte de hernie inguinale droite de l'ovaire, avec torsion du pédicule et symptômes d'étranglement, qui guérit à la suite de l'opération. A ce propos il cite Macready qui aurait pu recueillir cent quinze cas chez l'enfant en bas âge dont quatre-vingt-neuf fois à droite, contrairement à l'avis de Rochard.

La même année, Mumby (*Brit. med. journ.*, p. 17) publie un cas, chez une fillette de quatre ans, où il y avait hernie de l'intestin et de l'ovaire dont le pédicule était tordu. Lockwood (*Ibid.*, p. 1142) relate le fait d'une enfant de six mois qui fut atteinte subitement de vomissements avec apparition dans l'aine droite d'une tumeur ovalaire, avec rougeur de la peau. Constipation peu accusée. A l'ouverture du sac, on trouve la trompe pleine de sang. Elle n'était pas adhérente, mais le pédicule avait subi un demi-tour de torsion. Excision parce que jugée trop malade, guérison. Belbin en 1897 (*Brit. med. journ.*, p. 1389) cite une enfant de sept mois qui présentait une tumeur de l'aine gauche, douloureuse, irréductible, mate. Depuis il y avait des vomissements, de la constipation, avec rougeur de la peau. Le sac ouvert, pas d'intestin, mais au fond

une masse rouge noire, qui était la trompe recouvrant l'ovaire adhérent au sac. Excision et guérison. Dans le cas de Morgan (*Lancet*, 1897, p. 1346) chez une fillette de huit mois dès le quatrième jour de la naissance on avait observé une tumeur de l'aine droite, qui augmenta de volume, devint sensible mais sans constipation. A l'incision du sac, on trouve du sang et un corps arrondi brun noir dans lequel on reconnut la trompe, le ligament large et profondément la corne utérine. Excision, guérison.

Ces faits, vous le voyez, ne sont pas très fréquents, et je vous propose de remercier M. Gaudier de nous en avoir communiqué un.

Communication.

De la péricolite adhésive, sténosante,

par M. E. POTHERAT.

Je désire, Messieurs, vous entretenir d'un processus pathologique, qui n'est peut-être pas très rare, et sur la pathogénie duquel je serai certainement insuffisamment explicite, mais dont l'évolution clinique est aussi nette qu'elle est grave. J'espère d'ailleurs que vous pourrez ajouter à ma communication tout ce qui lui manquera pour bien traduire ce processus, dont j'ai observé en peu de temps deux cas, et auquel je propose de donner l'appellation de colite adhésive sténosante qui contient à la fois l'indication du siège du mal, de sa caractéristique anatomo-pathologique et de sa principale conséquence pathologique.

Laissez-moi vous rapporter d'abord les deux faits que j'ai observés.

Dans les deux cas, il s'agit d'une femme adulte; dans les deux cas, je suis intervenu chirurgicalement et ai obtenu, à un degré un peu différent, il est vrai, la cessation des accidents essentiels, sinon la guérison complète de mes malades.

Voici le premier en date de ces deux faits. Dans le courant du mois de septembre 1905, un confrère de Seine-et-Marne m'adressait à l'hôpital de Bon-Secours une ouvrière de quarante-deux ans, avec le diagnostic de tumeur probablement maligne de la région sous-hépatique.

Cette femme souffrait depuis plus d'un an, et surtout depuis plusieurs mois, de douleurs tantôt vives, tantôt sourdes répandues dans tout le ventre, et rappelant parfois de violentes coliques. En étudiant de près ces coliques, on arrivait à les localiser surtout à droite, c'est-à-dire que la malade ressentait des douleurs prenant naissance dans le ventre, autour de l'ombilic, mais se portant vers la fosse iliaque droite et le côlon ascendant où elles arrivaient à leur maximum d'intensité. Elles devenaient surtout violentes quelques heures après l'ingestion d'aliments, et cela avec une telle régularité que la malade en arrivait à redouter les repas.

Tantôt le ventre était souple, tantôt il était tendu, ballonné, et c'était alors que les douleurs étaient le plus vives. Parfois, il y avait une assez abondante évacuation de gaz, qui amenait un grand soulagement; d'autres fois les gaz, après avoir longuement cheminé dans l'intestin, s'arrêtaient vers la droite et semblaient s'y accumuler. La constipation était habituelle; toutefois, les matières étaient ordinairement moulées, sans qu'on y remarquât des glaires sanguinolentes ou muqueuses. Les laxatifs et les purgatifs, lorsqu'ils avaient un résultat appréciable, amenaient une amélioration qui pouvait se prolonger plusieurs jours. On n'observait jamais de véritables débâcles intestinales. Jamais de vomissements. La malade s'alimentait de moins en moins, non pas tant par anorexie, car elle avait souvent vraiment faim, mais plutôt, ainsi que je l'ai dit, parce qu'elle redoutait de voir survenir les violentes douleurs dont l'ingestion des aliments paraissait être l'occasion, quels que fussent d'ailleurs la nature ou l'état des aliments ingérés. Aussi était-il survenu un amaigrissement considérable de tout le corps, marqué surtout à la face et au thorax. Cette femme présentait l'habitus extérieur des cancéreux de l'estomac arrivés à une période avancée.

Quand on l'examinait, on trouvait le plus souvent l'abdomen météorisé. L'examen du pelvis ne révélait rien d'anormal, mais en procédant à un palper méthodique du ventre, on sentait nettement à droite, au-dessous du foie, en dehors du bord externe du muscle droit, une tumeur allongée verticalement et un peu transversalement, tumeur irrégulière, bosselée, dure, du volume du poing environ, indolente à la pression, peu ou pas mobile, nettement sonore à la percussion. Très facile à sentir et même à voir quand le ventre était très ballonné, elle semblait disparaître, s'enfoncer, s'étaler quand le ventre devenait plus souple. Rien d'autre, dans l'examen minutieux de la malade ne retenait l'attention; le foie, la rate paraissaient normaux, les reins fonctionnaient normalement; ni sucre ni albumine dans les urines; rien d'appréciable au cœur ou aux poumons.

En face de cette tumeur siégeant à droite, à surface irrégulière, dure, peu mobile, mais sonore à la percussion, s'accompagnant de rétention intermittente des matières et des gaz, et de douleurs en rapport avec cette rétention, je portai, bien qu'il n'y eût ni glaires, ni sang altéré dans les gardes-robes, et qu'on n'observât pas de véritables alternances de débâcles et de constipation, je portai, dis-je, le diagnostic ferme de néoplasme de l'angle droit du côlon. J'offris à la malade de l'opérer; elle accepta et je me mis en devoir d'intervenir, me proposant, suivant les circonstances, c'est-à-dire suivant l'état des lésions, de faire une résection, ou une entéro-anastomose avec ou sans exclusion.

Dans ce but je fis une laparotomie latérale; j'arrivai immédiatement sur le côlon : il était dilaté jusqu'au cæcum en amont, il était affaissé sans être manifestement rétracté au niveau du transverse. Dans toute la région de l'angle, il était en partie voilé par le bord droit du grand épiploon s'étalant à sa surface, et adhérent à lui, et au foie, formant une surface hérissée de saillies et de dépressions transverses, perpendiculaires à l'axe du conduit. Je m'attendais, et l'examen visuel me le laissait prévoir, plus encore que mes déductions cliniques, je m'attendais, dis-je, à sentir là une tumeur dure, ligneuse, irrégulière: mais grande fut ma surprise quand, au palper je trouvai un intestin à parois un peu épaissies, mais souples encore, et sans nulle trace de tumeur. Saisissant alors le grand épiploon et l'attirant, je le vis adhérer fortement à l'intestin d'une part au foie de l'autre, et creuser pendant les tractions de profonds sillons à la surface de cet intestin. Je pensai de suite que ces adhérences pouvaient être la cause des troubles observés, et je me mis en devoir de libérer le côlon ascendant et l'angle de ces adhérences épiploïques d'une part, et hépatiques d'autre part. Ce fut assez laborieux, mais j'y parvins toutefois; la vésicule était libre et ne présentait rien d'anormal ainsi que les voies biliaires. Je refermai le ventre, bornant à cette libération de l'intestin toute mon intervention.

Les suites opératoires furent simples; le résultat thérapeutique fut très rapidement satisfaisant; au bout d'une semaine, la malade qui ne consentait d'abord à prendre qu'avec grande crainte des aliments, s'enhardit rapidement quand elle vit qu'elle ne souffrait point, et quand elle quitta le service, vingt-huit jours après son opération, elle mangeait comme tout le monde, ingérait et digérait sans inconvénient tous aliments, toutes boissons et avait déjà notablement engraissé. J'ai revu cette malade deux fois depuis, la deuxième fois plus de six mois après l'intervention; j'ai eu de ses nouvelles récemment, le résultat s'est maintenu et affirmé; la

malade a repris le genre de vie et l'embonpoint qu'elle avait avant l'éclosion des accidents que je vous ai rapportés.

Je serai plus bref sur le cas de ma deuxième malade, car si j'entrais dans des détails, je reproduirais, trait pour trait, le tableau symptomatique que je vous ai longuement exposé tout à l'heure. Celle-ci est une femme de cinquante-deux ans. Ici encore, les accidents sont apparus sourdement, progressivement, et étaient caractérisés par des douleurs, des coliques violentes, des arrêts partiels des matières et des gaz; depuis plusieurs années, mais surtout depuis huit à dix mois, les douleurs étaient peut-être plus vives que dans le cas précédent, car un médecin, qui avait assisté à une crise, l'avait qualifiée de *colique de miserere*. En outre, la malade ressentait comme une traction douloureuse, s'étendant de la ceinture vers le pelvis, et plus particulièrement vers le côté droit. Elle éprouvait « comme de violentes poussées arrivant à droite ». Chez elle aussi, l'ingestion d'aliments ne tardait pas à provoquer de violentes douleurs; aussi se retenait-elle de manger et maigrissait-elle rapidement, et pourtant, elle avait faim et « eût mangé avec plaisir ». Une constipation opiniâtre, mais pas de glaires, pas de sang dans les garde-robes, pas de débâcles. Les gaz s'évacuaient-ils facilement, tout allait bien; mais étaient-ils retenus, alors le ventre se ballonnait, les douleurs avec violente tension à droite apparaissaient, et la malade prenait l'attitude pliée en deux pour relâcher son ventre. Dans l'espace de sept à huit mois, je vis cette malade cinq à six fois. Tantôt on sentait nettement une tumeur dure, irrégulière, bosselée, mobile, sonore à la percussion, siégeant sur le côlon ascendant vers la moitié de sa hauteur; tantôt elle était peu accessible ou avait même totalement disparu.

Le diagnostic, vous le concevez, Messieurs, ne laissait pas, dans ces conditions, que d'être très difficile. Il ne put être élucidé par un médecin des hôpitaux, très familiarisé avec les maladies de l'estomac et de l'intestin. Après lui, notre collègue, M. Quénu, pensa à une appendicite chronique, sans toutefois être affirmatif. Cela vous montre, Messieurs, que le cas était embarrassant.

Je pensai toutefois, en présence de la marche croissante et inquiétante de l'amaigrissement et du dépérissement, qu'il y avait intérêt à intervenir chirurgicalement, et la malade s'y étant résignée, je pratiquai, au mois de février dernier, la laparotomie latérale droite.

Dès que je fus dans le ventre, dès que j'eus sous les yeux le grand épiploon et le côlon ascendant, dès surtout que j'eus palpé cette portion de l'intestin, j'acquis la conviction que je me trouvais

en présence d'un cas de sténose du côlon. Pas de tumeur; un intestin à parois un peu épaissies, mais sans noyaux, sans duretés, souples; un grand épiploon étalé à la surface, adhérant en dedans, au devant, en dehors, à l'intestin, à la paroi abdominale, au méso-côlon, et enserrant le conduit dans des brides demi-circulaires, transverses, très rapprochées et s'étendant, depuis le cæcum très dilaté, jusqu'à l'angle droit du côlon transverse, qui était, lui, notablement rétracté.

J'enlevai d'abord l'appendice qui ne présentait rien d'anormal, puis je libérai le grand épiploon de ses adhérences là où je le pouvais, le sectionnant entre des ligatures là où je ne pouvais le détacher sans risquer de déchirer l'intestin. Puis, quand il eût été complètement libéré et récliné en haut et à gauche, craignant que, en raison de l'importance et de l'étendue des adhérences et des surfaces plus ou moins cruentées, les accidents ne se reproduisent, je fis, par mesure de précaution, une entéro-anastomose iléo-colique entre la fin de l'iléon et le côlon descendant, près de l'S iliaque, puis je refermai le ventre.

Le résultat opératoire fut parfait, mais le résultat thérapeutique fut plus long à s'affirmer que dans le cas précédent. Il faut dire que les accidents étaient plus anciens et le processus anatomo-pathologique plus important. Cependant, les matières et les gaz reprirent peu à peu leur cours normal; au bout de quatre semaines, la malade, qui était condamnée au lit par son état de faiblesse, put se lever, marcher, se promener, aller en chemin de fer, manger et remonter son organisme. Toutefois, je l'ai revue il y a un mois; elle n'est pas satisfaite, elle a mal partout, elle gémit, déclare qu'elle n'est pas guérie, qu'elle ne va guère mieux qu'avant. En réalité, son intestin fonctionne bien; elle peut manger de tout, elle a repris un embonpoint encore très insuffisant, mais très notable, si on le compare à l'état dans lequel elle était avant l'opération. Malheureusement, elle a fait et fait encore un usage immodéré de gouttes de Gallard, de piqûres de morphine; elle est nettement morphinomane, et c'est l'intoxication par la morphine qui empêche ou retarde son complet rétablissement, car les accidents essentiels de la sténose intestinale ont disparu. Aussi, malgré l'imperfection du résultat acquis, je crois, en toute conscience, que je suis en droit de faire état de ce cas, de l'adjoindre au précédent, et de dire que l'intervention chirurgicale a fait cesser les accidents contre lesquels elle était dirigée.

De l'examen de ces deux faits, il résulte que des adhérences pathologiques, ayant le plus souvent le grand épiploon pour agent, peuvent enserrer le côlon, gêner sa circulation interne,

provoquer même l'arrêt des matières et des gaz d'une manière plus ou moins incomplète, provoquer des douleurs, des coliques violentes, des accidents en somme analogues à ceux de l'obstruction intestinale, au point de vue fonctionnel, et donner à l'examen clinique les apparences d'une tumeur maligne, et cela, d'autant mieux que tous ces troubles s'accompagnent d'un amaigrissement rapide et d'un dépérissement analogue à ceux qu'on observe dans la cachexie cancéreuse.

Quelle est, Messieurs, la cause première de ces adhérences pathologiques, provoquant une sténose du tractus intestinal? Évidemment, une inflammation. Mais d'où vient cette inflammation? Voilà ce qu'il m'est difficile de dire en m'en rapportant à mes deux cas. Dans le premier, on pourrait songer que c'est la périhépatite qui a provoqué la péricolite adhésive. Il est, en effet, fréquent, habituel même, d'observer dans certaines inflammations du foie, dans les cholécystites surtout, des adhérences avec le grand épiploon et avec le côlon transverse ou son mésentère. Mais la malade n'a jamais eu d'accidents hépatiques, et les voies biliaires, vésicule, cystique, cholédoque, étaient libres d'adhérences et m'ont paru normaux.

La deuxième malade n'offrait non plus dans son passé abdominal, intestinal, rien qui pût faire prévoir les lésions observées. Pas plus que la précédente, elle n'a présenté de signes d'entérite; ni l'une ni l'autre n'a eu la fièvre typhoïde, et j'ai dit que l'appendice de la seconde était sain.

Je n'ai donc pu, chez mes deux malades, saisir le point de départ de l'inflammation ayant amené une péricolite, adhésive, sténosante.

Les accidents de celle-ci, et cela se conçoit aisément, surtout quand le processus marche d'une manière aussi subaiguë que dans mes deux cas, évoluent lentement, sourdement, mais d'une manière progressive. A une période avancée, les accidents donnent lieu à de véritables crises, analogues à celles de l'obstruction aiguë de l'intestin, crises dues vraisemblablement à ce que des contractions spasmodiques des parois intestinales viennent ajouter leur action à la sténose mécanique déterminée par les brides inflammatoires.

En présence de ces accidents, et devant la constatation d'une tumeur bosselée, dure, mobile, sonore à la percussion, il est bien difficile de s'empêcher de porter le diagnostic de néoplasme de l'intestin. Cependant, l'évolution plus lente des accidents, les crises plus violentes, l'absence de glaires sanguinolentes, la persistance de l'appétence pour tous aliments, pourraient faire penser à la péricolite adhésive sténosante. Mes deux malades

étaient des femmes adultes, et le côté affecté était le côté droit. Mais deux cas ne sont pas suffisants pour pouvoir tirer du sexe et du côté affecté une indication valable pour le diagnostic.

Quant au pronostic, je le crois grave. Si vous aviez vu ces deux malades, amaigries, décharnées, ne pouvant s'alimenter et souffrant constamment, vous n'eussiez pas hésité, je pense, alors même que vous eussiez connu la nature réelle des lésions, à affirmer, qu'en dehors d'un traitement chirurgical, les malades étaient vouées à une fin aussi proche que certaine.

En ce qui concerne le traitement, je crois que j'ai suivi la bonne voie; l'indication n'est-elle pas de rétablir le cours des matières et des gaz, puisque aussi bien tous les accidents découlent de l'arrêt plus ou moins complet de ce cours du contenu de l'intestin? Il faut donc libérer l'intestin de ses adhérences, sectionner et supprimer les brides qui l'enserrent étroitement. Convient-il de pratiquer l'entéro-anastomose entre deux portions d'intestin situées en amont et en aval de la portion sténosée? En principe, non. Et vous avez vu que, dans le premier de mes deux cas, je me suis borné à la libération de l'intestin, et que cela a suffi à faire cesser les accidents. Et cependant, dans le deuxième cas, j'ai fait cette entéro-anastomose; je vous en ai donné la raison; les adhérences étaient très vastes; j'avais fait de multiples ligatures et de multiples sections, j'ai pensé que de nouvelles adhérences pourraient se reproduire. J'ai créé, séance tenante, une voie de dérivation; cela n'ajoutait guère à l'importance de l'acte opératoire essentiel et n'aggravait pas le pronostic chirurgical; par contre, cela pouvait, le cas échéant, éviter à cette femme de nouveaux accidents et une nouvelle laparotomie.

Présentations de malades.

Contusion de l'abdomen.

M. Michon lit une observation de contusion de l'abdomen. Rupture intra-péritonéale de la vessie. Laparotomie. Suture vésicale. Guérison. — M. Picqué, rapporteur.

Résultats éloignés du traitement de deux tumeurs blanches du genou par la méthode sclérogène.

M. Walther. — Je m'étais engagé l'année dernière à vous présenter les malades que je pourrais retrouver depuis longtemps guéris par l'application de la méthode sclérogène.

Je vous montre aujourd'hui la première malade chez qui j'ai employé cette méthode.

Je l'ai traitée à l'Hôtel-Dieu en 1892, après la première communication de M. Lannelongue. Elle avait une tumeur blanche du genou droit qui guérit complètement.

En 1896 je la revis à la Charité avec une tumeur blanche du genou gauche, beaucoup de fongosités, des lésions osseuses. Entre temps, elle avait été soignée pour une ulcération tuberculeuse de la racine de la cuisse par M. Lejars et par M. Delbet qui fit l'ablation de cette ulcération. J'appliquai encore la méthode de Lannelongue au traitement de cette ostéo-arthrite du genou gauche et obtins une guérison au moins apparente. Mais en 1898 la malade vint me trouver à Bicêtre avec une récidive et je dus faire de nouveau des séries d'injections pour obtenir une guérison qui depuis ne s'est plus démentie.

En 1899, la malade eut une adénite bacillaire de l'aisselle.

Je vous demande d'examiner avec attention l'état de ces deux genoux, du genou gauche notamment, qui a eu deux atteintes graves d'ostéo-arthrite. Vous pourrez constater la guérison parfaite, la liberté absolue des mouvements de l'articulation ; on ne peut trouver comme trace des lésions articulaires que quelques légers craquements comme on en trouve presque toujours du reste après guérison par les injections sclérogènes de tumeurs blanches avec lésions osseuses et fongosités abondantes.

M. Lucas-Championnière. — La malade présentée par M. Walther est fort intéressante. Elle est à coup sûr fort bien guérie et je suis bien aise qu'il nous l'ait montrée. Je fais remarquer toutefois que pour des sujets jeunes on observe bien des cas de guérison par des procédés divers, et pour ma part j'en ai eu de nombreux sans immobilisation et par l'emploi d'un emplâtre de Scott modifié. Il serait intéressant de savoir quelle est la fréquence et l'importance des résultats que l'on obtient par une méthode et il sera intéressant de voir d'autres malades de la même sorte présentés par notre collègue.

M. Chaput. — J'ai soigné, il y a vingt ans, pendant mon internat un enfant de dix ans atteint d'une tumeur blanche très volumineuse du genou, qui fut traitée pendant plusieurs années par la simple immobilisation.

Cet enfant guérit avec une conservation complète des mouvements du genou.

La nature tuberculeuse de cette arthrite ne peut être mise en doute, car je revis le malade dix ans après; il présentait alors un noyau induré du volume d'une grosse noisette siégeant au niveau du cul-de-sac sous-tricipital. J'enlevai ce noyau qui était formé d'un tissu caséeux crétifié.

Cette observation démontre donc que, même sans injections modificatrices, on peut obtenir des guérisons parfaites de tumeurs blanches même très graves.

M. Lucas-Championnière. — La question n'est pas là ; les guérisons existent par des procédés bien différents. On ne discute pas leur possibilité mais leur fréquence.

M. L. Labbé. — Je ne nie pas qu'on puisse avoir des succès par des moyens très divers et principalement par la cure marine.

J'ai observé aussi des résultats surprenants chez des gens jeunes, dans des conditions exceptionnelles de bien-être et de vie au bord de la mer. J'ai vu des abcès tuberculeux énormes, contenant plus de 2 litres de pus qui se sont résorbés sous l'influence seule de la cure marine. Bouvier, il y a plus de cinq ans, nous avait fait connaître des faits de cette nature. Pour mon compte personnel je suis convaincu que dans les conditions ordinaires on peut guérir les fongosités articulaires par la méthode sclérogène.

M. Broca. — Je ferai remarquer que cette femme a une lésion bilatérale du genou; or, en moyenne, d'après ce que j'ai observé, ces cas bilatéraux, au niveau du genou, me paraissent être en général relativement bénins, à lésions superficielles guérissant un peu par tous les procédés.

M. Walther. — Je ne peux pas à propos d'une présentation de malade aborder la question du traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses, ni même l'étude des résultats de l'application de la méthode sclérogène.

Il y a un an, lorsque je vous présentais une malade récemment traitée, M. Lucas-Championnière exprimait le désir très juste de voir des malades depuis longtemps traités et considérés comme guéris; j'ai retrouvé la plus ancienne, la première de mes malades et je vous l'ai montrée, comme un exemple des résultats

excellents de la méthode; je ne puis bien entendu ici vous la présenter que comme un seul exemple, sans entrer dans la très longue étude des résultats et du pourcentage, si difficile à établir, des guérisons.

Présentation de pièces.

Kyste de l'ovaire.

M. Villemin présente un kyste de l'ovaire qui n'offre de particulier que l'épaisseur considérable de ses parois. Vide de ses deux litres environ de liquide clair et citrin, la tumeur pèse encore 2 kilos 300 grammes. Chez la malade il y avait, du côté opposé, un petit kyste à parois transparentes, du volume d'une orange et adhérent dans le cul-de-sac de Douglas. Comme l'utérus était en même temps bourré de fibromes, l'opération commencée par une ovariotomie a dû se terminer par une hystérectomie.

Présentation d'un moulage, de coupes microscopiques et de photographies d'un « pied de Madura ».

M. Paul Reynier. — Je viens vous présenter les photographies et la reproduction en cire d'une affection qu'il nous est donné de rencontrer pour la première fois en France, pour la seconde fois en Europe, de pied de Madura. En 1888, Bassini, en effet, a signalé cette affection chez un paysan italien.

Etant donnée la confusion qu'on peut en faire avec l'actinomycose, je crois important de présenter cette observation à la Société de chirurgie, comme je l'ai fait hier à l'Académie de médecine, en mon nom et au nom de M. Brumpt, qui m'a aidé à étudier ce cas.

Le pied de Madura est, comme vous le savez, une tumeur parasitaire, assez connue dans les pays chauds, où on marche pieds nus, et où l'introduction du parasite est facile. Or, ce parasite est constitué par plusieurs espèces de champignons appartenant à la classe des moisissures, qui trouvent dans nos tissus un milieu favorable à leur développement.

Ils arrivent ainsi à constituer des tumeurs fibreuses qu'on appelle mycétomes, et qui sont caractérisées par la présence de grains d'aspect différent, les uns blancs, les autres noirs, suivant la variété de micro-organismes qui l'a produit. Or, jusqu'à présent,

on a pu décrire sept espèces de champignons capables de produire l'aspect clinique de mycétome.

Deux espèces produisent le mycétome caractérisé par la présence de grains noirs.

Cinq, le mycétome à grains blancs..

Les mieux connues sont celles qui produisent un mycétome à grains noirs, et qui est un champignon cloisonné, voisin de l'aspergillus.

Les mycétomes à grains blancs sont produits par un champignon voisin de l'actinomycose (Discomyces Maduræ de Vincent) ou par un champignon, Stérigmatocystis Nidulans, que l'on rencontre dans les otomycoses (Nicolle et Brunswick le Bihan). Celui que nous avons décrit hier à l'Académie, avec M. Brumpt, le préparateur du cours de parasitologie, est un champignon très voisin du genre Aspergillus, mais que, faute de pouvoir faire des cultures, il a été impossible d'identifier complètement.



Fig. 1.

Or, le porteur de cette tumeur était un homme de cinquante-six ans, qui n'a jamais quitté Paris, où il était domestique.

En 1892, il avait vu un petit bouton paraître sur la partie interne de la région tarsienne du pied, bouton qu'il prit pour un furoncle. Puis, à ce furoncle succéda une sorte de durillon douloureux, et au niveau de ce durillon se produisirent des petites élevures violacées par où sortait un peu de sérosité. Le malade entrait dans le service du Dr Ducastel, qui lui mit, sans résultat, de l'em-

plâtre de Vigo, puis, en 1896, la tuméfaction augmentant, chez le Dr Danlos, qui fit faire ce moulage, où vous voyez très nettement l'aspect de la lésion; la face interne du pied présente un gonflement diffus du volume d'une orange, au-dessus duquel la peau



Fig. 2. — Préparation montrant les trajets fistuleux et l'ouverture d'un de ces trajets à la peau.

présente des petits orifices de 1 à 2 millimètres, par où suintait un peu de sérosité. On pensa, à ce moment, à de l'actinomycose, et même un examen histologique a été fait, qui a fait mettre sur ce moulage : Actinomycose ?

On donna de l'iodure de potassium inutilement.

Il alla dans un autre service de Saint-Louis, où le même traitement fut institué avec le même résultat négatif. Il entra chez

nous, à Lariboisière, en 1903, où nous le vîmes, avec mon regretté collègue et assistant Bouglé, qui prit son observation ; on la retrouverait dans ses notes; nous discutâmes, comme tous nos collègues l'actinomycose, et nous le mîmes de nouveau à l'iodure de potassium sans succès. Vu alors par M. Poncet, qui diagnostiqua l'actinomycose, il fut envoyé chez mon ami Schwartz qui, de nouveau, le remit à l'iodure de potassium et lui parla d'amputation, car la tuméfaction, très douloureuse, avait envahi presque toute la face interne du pied et la plante; le nombre des petites élevures fistuleuses s'était accru, puisqu'il nous a été donné d'en compter soixante-cinq sur la face plantaire et vingt sur la face interne du pied.

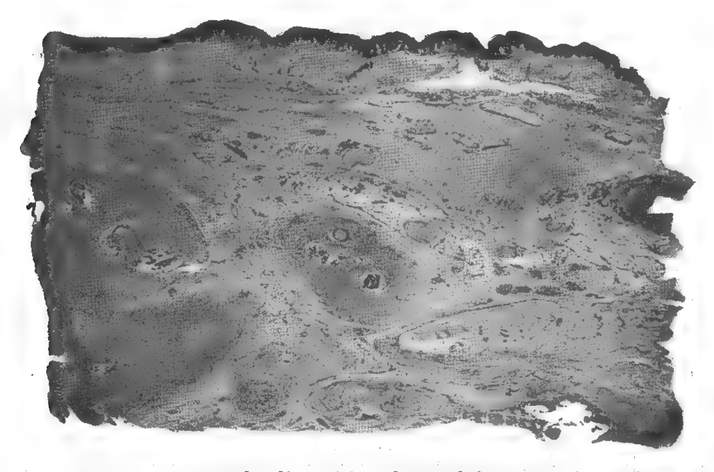


Fig. 3. — Coupe montrant la disposition des nodules, avec le grain central.

Le malade souffrait, ne pouvait marcher, et, désespéré de traîner ainsi d'hôpital en hôpital sans guérir, demandait l'amputation.

Je l'amputai et tombai sur une sorte de fibrome diffus, remontant jusqu'au-dessus des malléoles, et, dans ce tissu fibreux, il était difficile de reconnaître muscles, vaisseaux et nerfs. Cherchant la limite de ce fibrome diffus, je remontai jusqu'au tiers inférieur de la jambe, où je pratiquai l'amputation.

Or, cherchant à quelle lésion j'avais eu affaire, car je ne savais, le pied ouvert en main, comment l'appeler, j'eus à en causer avec M. Brumpt, qui, revenant d'un voyage d'Abyssinie, avait vu des pieds de Madura et les avait histologiquement étudiés. Il me demanda à faire des coupes de ce pied; il me revenait m'affirmant que c'était un pied de Madura et me rapportant ces coupes

que j'ai fait photographier et agrandir, et où vous verrez nettement établie la nature de la lésion.

Dans ce type fibreux, en effet, on trouve des nodules entourés d'une couche fibreuse de la grosseur de 4 à 5 millimètres; au centre de ce nodule se trouve un grain blanc de 1/10 à 1 millimètre entouré d'un peu de pus dans lequel on trouve des grands mononucléaires et des polynucléaires, et, autour de cette cavité centrale, le reste du nodule est constitué par un tissu embryonnaire très vasculaire.

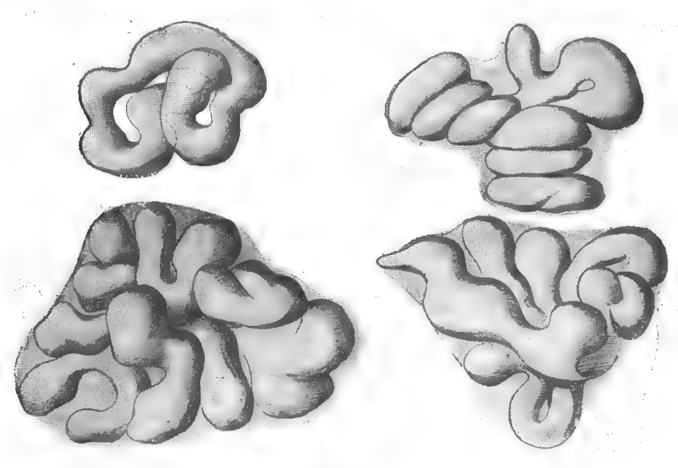


Fig. 4.

Si on prend ce grain et qu'on l'examine à un faible grossissement, on est frappé de sa forme, qui rappelle celle des excréments d'un ver de terre.

Ils sont formés par l'enroulement d'un cordon de 1/4 à 1/5 de millimètre de diamètre.

Ce cordon est constitué par un feutrage très serré de filaments mycéliens cloisonnés réunis par un ciment peu abondant dont on peut se débarrasser par l'ébullition dans la potasse caustique.

Ces filaments se terminent par un renflement périphérique dans lequel s'accumule du protoplasme, formant ainsi des chlanydospores. Or, ces renflements, qui grossièrement pouvaient être pris pour les renflements en massue de l'actinomycose, en diffèrent, comme vous le voyez, complètement par l'aspect.

Etant donnée l'impossibilité de faire des cultures, M. Brumpt n'a pu identifier complètement ce champignon. Toutefois, d'après le caractère du grain, du mycelium, des chlanydospores, il le range à côté des champignons de l'ordre des Ascomycètes et de

ceux de la famille des Perisporiacés, qui comprennent les nombreux champignons des teignes, mais encore des formes parasites, comme les Aspergellus et les Sterigmatocytis.

Mais ce sur quoi j'insiste en vous présentant cette pièce est ce diagnostic difficile avec l'actinomycose, qui nous montre

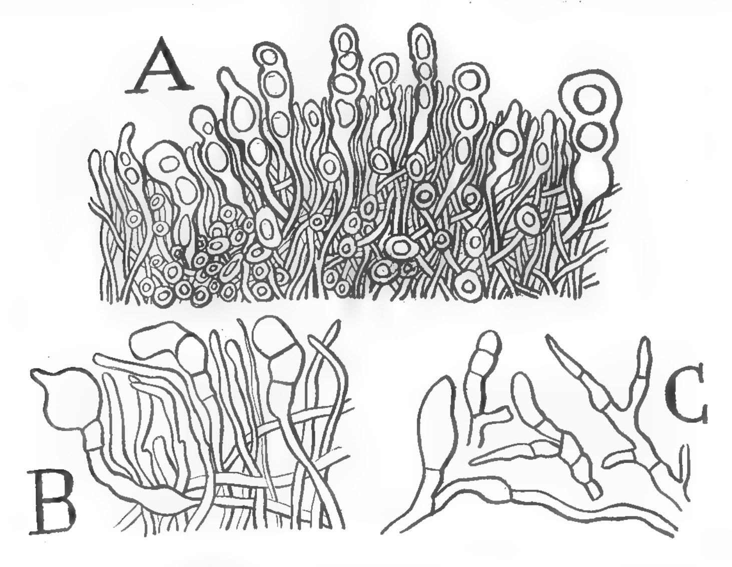


Fig. 5. — A, mycélium; B, chlamydospores; C, filaments cloisonnés.

combien nous devons être prudents et ne pas nous prononcer à la légère.

Cliniquement, nous ferons encore observer que certaines particularités ont paru différencier ce cas de l'actinomycose : 1° la non efficacité du traitement à l'iodure de potassium longtemps prolongé; 2° l'absence de lésions osseuses, démontrée avant l'amputation par les examens radiographiques. Or, on sait que, dans l'actinomycose, les os sont généralement atteints, lorsque les lésions sont à leur voisinage et que l'affection dure, comme dans notre cas, depuis quatorze ans.

Luxation du poignet.

M. Ombredanne, — Luxation (médio-carpienne) du poignet. — M. Delbet, rapporteur

---

Le Secrétaire annuel,

P. Michaux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 27 JUIN 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. DELORME, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Péricolite adhésive chronique.
Etranglement aigu de l'angle duodéno-jéjunal.

M. SIEUR. — Les observations de *Péricolite adhésive*, rapportées par M. Potherat, m'engagent à vous communiquer celle d'un malade chez lequel les accidents ont passé presque inaperçus pendant deux à trois ans, et se sont terminés brusquement par une crise d'étranglement.

Péricolite adhésive chronique; étranglement aigu consécutif de l'angle duodéno-jéjunal; laparotomie; mort le huitième jour par sphacèle de l'anse étranglée.

Le nommé G..., du 5e chasseurs d'Afrique, entre à l'hôpital du Dey, le 11 février 1904. Depuis près de trois semaines, il se plaint d'éprouver, du côté de l'hypocondre gauche, des douleurs assez vives, qu'il com-

pare tantôt à des palpitations, tantôt à une sorte de tiraillement. Pendant les exercices d'équitation, ces sensations se transforment en une douleur vive qu'il localise assez exactement au pourtour de l'extrémité antérieure de la 10e côte gauche. Pendant cette période prémonitoire, son appétit est resté bon et ses digestions normales, mais il a été fortement constipé.

Son état s'aggravant, G... se présente à la visite le 7 février; on lui prescrit un purgatif qui n'est suivi d'aucun effet. Des cachets de rhubarbe, donnés le lendemain 8, n'amènent de selles diarrhéiques que le 9. Loin d'être soulagé par de nombreuses selles, il souffre au point de ne pouvoir marcher que courbé en deux et, dans son lit, il se tient couché en « chien de fusil ». Il entre à l'hôpital le jeudi 11 février.

Examiné dès son entrée par notre collègue, M. le médecin-major Vigerie, ce dernier constate l'existence d'une zone douloureuse qui occupe tout l'hypocondre gauche; la douleur est telle que le moindre effleurement de la peau est très pénible. Il est donc impossible de se rendre compte de l'état des parties profondes. Matité qui ne dépasse pas une horizontale passant par l'ombilic; sonorité et peu de sensibilité dans toutes les autres parties de l'abdomen. Température, 38°2.

A minuit, survient un premier vomissement bilieux abondant, qui se reproduit le matin du 12. Appelé à l'examiner vers 10 heures, nous relevons les symptômes suivants : pouls calme à 76; température, 36°5; facies grippé, intelligence nette; ventre plat, contracturé, particulièrement à gauche. Matité commençant à hauteur de la 8e côte gauche et descendant jusqu'au niveau de l'ombilic; sonorité à partir de la ligne blanche dans l'hypocondre droit et dans toute la région sous-ombilicale. Sensibilité cutanée très accusée dans toute la zone mate, mais moins prononcée que la veille. Exploration profonde de l'hypocondre gauche absolument impossible en raison de la défense musculaire, tandis que la fosse iliaque gauche et la moitié droite de l'abdomen sont peu sensibles et assez faciles à explorer. Toucher rectal négatif.

A 4 heures du soir, le pouls est lent, régulier à 64; la température a 37 degrés. Vomissement très abondant dans la journée, comprenant tout ce qui a été absorbé auparavant. Une selle insignifiante, composée de matières solides. L'exploration du ventre donne les mêmes signes que ceux relevés le matin et, pendant cette exploration, il se produit un vomissement extrêmement abondant, vert foncé, mais sans odeur fécaloïde. Au dire du malade, les deux vomissements qu'il a eus dans la journée sont composés d'une quantité de liquide double ou triple de ce qu'il a pu absorber.

Le 13 *février*, au matin : température, 36°5; pouls, 64; yeux cerclés de noir, sans facies péritonéal très accusé; deux vomissements très abondants pendant la nuit, toujours composés de liquide vert foncé, sans odeur spéciale. Localement, il semble que la matité se soit étendue vers la région hypogastrique et la fosse iliaque gauche, et, bien que la douleur paraisse moins vive, l'exploration des parties profondes est toujours impossible.

En résumé, deux faits dominent chez notre malade : 1° l'ancienneté

d'une douleur localisée à la région de l'hypocondre gauche ; 2° l'existence de vomissements semblant indiquer que tout ce qui est absorbé par la bouche et tout ce qui est sécrété par l'estomac, le foie et le pancréas, ne peut pénétrer dans l'intestin grêle. L'abaissement de la température, la lenteur du pouls et l'absence de météorisme intestinal sont en faveur d'un obstacle siégeant sur la dernière portion du duodénum ou sur la première portion du jéjunum. Quant à la cause de cet obstacle, il est difficile de la préciser. Nous ne relevons, en effet, dans les antécédents du malade, aucun signe d'une affection splénique, hépatique ou pancréatique. Il raconte simplement que, depuis deux à trois ans, il présente des troubles intestinaux assez mal définis, en dehors d'une constipation opiniâtre qui l'oblige à recourir fréquemment à l'emploi de purgatifs. Quoi qu'il en soit, nous nous croyons autorisé à lui proposer et à pratiquer immédiatement la laparotomie.

Incision le long du bord externe du muscle droit à gauche, allant du rebord costal à hauteur de l'ombilic et passant par le point le plus douloureux.

Le péritoine pariétal est infiltré, épaissi et adhère aux organes sous-jacents. Ceux-ci se présentent tout d'abord sous l'aspect d'un lobe gauche du foie ayant au-dessous de lui l'estomac distendu et injecté, et tous deux étant recouverts de fausses membranes récentes, épaisses et jaunes. La partie inférieure de notre incision se trouvant à la limite des adhérences, c'est en haut que se porte toute notre attention. En décollant avec le doigt les adhérences inflammatoires, nous ne tardons pas à constater que l'organe que nous prenions pour l'estomac abaissé et injecté n'est pas autre chose que l'origine du jéjunum formant une anse fortement dilatée, grâce à l'existence d'adhérences qui enserrent les deux branches de l'angle duodéno-jéjunal. Continuant prudemment, avec les doigts d'abord et bientôt avec les ciseaux, le travail de dégagement, nous arrivons à reconnaître que ce que nous avions pris tout d'abord pour le foie était constitué par le gros intestin accolé à la paroi antérieure de l'abdomen, et dont les franges et les parois sont très infiltrées et ont acquis une épaisseur démesurée. Si le dégagement de l'intestin grêle a été facile, celui du gros intestin est beaucoup plus laborieux, parce que les adhérences sont constituées par une véritable nappe fibreuse, très ancienne, renforcée de distance en distance par des tractus formant cordages et dont la déchirure provoque une hémorragie en nappe assez abondante. Jugeant la libération suffisante, nous explorons avec soin le pourtour de l'angle jéjuno-duodénal où les lésions sont toutes récentes, sans découvrir aucun abcès, ni aucune perforation. D'ailleurs, bien que l'anse grêle soit fortement injectée, sa vitalité ne nous paraît pas compromise, même au point le plus étranglé. Quant au gros intestin, bien que ses parois soient très épaisses, il a conservé son calibre et ne présente aucune tumeur. Nous nous bornons donc à essuyer avec soin le champ opératoire et à drainer largement avec un gros tube en caoutchouc entouré de mèches de gaze. Quant à l'incision, elle est refermée à ses deux extrémités et laissée libre en son milieu.

Dans la soirée, vomissement peu abondant. Température, 37°2; pouls, 80. Malade un peu agité, éprouvant le besoin d'aller à la selle, mais sans pouvoir le satisfaire. On injecte 1.500 grammes de sérum.

14 *février.* — Température, 37°8; pouls à 110. Malade un peu inquiet et agité. Le pansement, étant imbibé de sérosité dans ses parties déclives, est renouvelé superficiellement. Le ventre est sonore dans toute son étendue et n'est pas météorisé.

Une cuillerée d'huile de ricin est donnée dans un peu de café et vomie en partie une heure après.

Injection de sérum de 1 litre.

Le soir, température, 38°9; pouls à 120; pas de nausées ni de vomissements, mais crachottement presque incessant; émission de quelques gaz, pas de selles.

15 *février.* — Sommeil de 10 heures du soir à 3 heures du matin, à la suite d'une injection de morphine. Température, 39°2; pouls à 130. Pas de nausées ni de vomissements. On renouvelle l'administration d'une prise d'huile de ricin qui est bien conservée.

Injection de sérum caféiné de 1 litre.

Le malade a cinq selles dans la soirée. Sa température est tombée à 37°8, mais le pouls reste à 130. Pas de douleurs abdominales; un peu de gêne inspiratoire.

16 *février* au matin. — Température, 38°1; pouls encore à 130. On renouvelle le pansement qui est encore imprégné d'une sérosité sanguinolente, mais le ventre n'est ni météorisé ni douloureux; le drain et les mèches sont retirés et remplacés par d'autres.

Injection de sérum caféiné de 1 litre.

Dans la soirée, le malade est plus calme; sa température est à 37°2, et le pouls à 112 et bien frappé.

17 *février.* — Nuit bonne sans le secours d'une injection de morphine; température, 37°8; pouls à 120; légère teinte subictérique des conjonctives; urines fortement colorées, contenant 1 gr. 50 d'albumine; pas de selles.

Injection de sérum de 1 litre et potion de salicylate de soude.

18 *février.* — Le malade a été un peu agité hier soir; ce matin, son facies est bon; la température atteint 38°7 et le pouls bat à 120. Le pansement étant encore assez fortement imprégné de sérosité est renouvelé; le ventre est plat, sonore dans toute son étendue, non douloureux, et la plaie a très bon aspect. Des mèches, imprégnées d'eau oxygénée et fortement exprimées, sont introduites à côté du drain qui est, lui-même, remis en place.

Le soir, la température tombe à 37 degrés, mais le pouls reste à 120; injection de sérum caféiné.

19 *février.* — Le malade a dormi toute la nuit grâce à une injection de morphine, mais il s'est réveillé ce matin inondé de sueurs. Température, 39 degrés; pouls, 150, petit; intelligence nette, pas de vomissements. Le pansement est souillé d'une sérosité verte qui nous fait tout de suite craindre la production d'une perforation.

En enlevant le pansement, on constate, en effet, l'existence d'un

abondant épanchement jaune verdâtre, qui ne saurait provenir que de la portion duodéno-jéjunale trouvée étranglée au cours de l'opération. En écartant les anses, on voit sourdre quelques gaz et une grande quantité du contenu intestinal.

Il est d'abord difficile de se rendre compte du siège exact de la perforation. On en rencontre une première sur l'origine du jéjunum ayant les dimensions d'une grosse tête d'épingle et représentée par deux orifices séparés par un pont de 2 à 3 millimètres. Les deux pertuis sont situés l'un au-dessus de l'autre suivant l'axe de l'intestin. On les entoure avec beaucoup de peine d'une suture en bourse, l'anse perforée pouvant être amenée au dehors ; on complète ensuite la fermeture par une suture à la Lembert. Cet aveuglement terminé, on découvre une nouvelle perforation siégeant tout à fait au contact de la colonne vertébrale et appartenant à la portion terminale du duodénum. Il est absolument impossible de pouvoir suturer cette dernière directement. On est contraint de se borner à l'aveugler en ayant recours aux anses voisines et au pancréas lui-même. Cette dernière suture ne saurait inspirer qu'une confiance médiocre, mais il fallait mettre un terme à l'intervention.

Nettoyage soigneux de tout le foyer, que l'on draine à l'aide de mèches de gaze enfoncées dans tous les coins.

Une injection de sérum caféiné commencée avant l'intervention est reprise aussitôt après et suivie d'une injection d'huile camphrée et de l'administration d'un lavement alimentaire.

Dans la soirée, le pouls est un peu plus fort, la température à 39 degrés, mais le malade est dans une agitation extrême. Le lavement alimentaire, bien que précédé d'un lavement d'eau, n'a pas été gardé.

Injection d'huile camphrée à quatre heures, injection de sérum à huit heures (un litre), et deux lavements alimentaires dans la nuit. L'agitation de l'après-midi se calme un peu; et à la suite d'une injection de morphine, le malade repose toute la nuit.

20 *février*. — Ce matin, il a eu une sudation très abondante ; les idées sont nettes ; mais le pouls est toujours accéléré, bien que moins faible que la veille. Le pansement est modérément souillé, mais dès qu'on retire les mèches de gaze, on voit sourdre à nouveau un liquide verdâtre et on entend bruire quelques gaz. C'est une nouvelle petite perforation qui s'est faite sur l'anse jéjunale à quelques centimètres au-dessous de celle qui a été aveuglée hier et qui paraît étanche, ainsi que la perforation duodénale. Comme les lavements alimentaires ne sont pas tolérés, on se décide à conserver cette perforation au lieu de la suturer, et l'on y introduit une sonde de Nélaton guidée sur un cathéter coudé, de façon à faire suivre à la sonde la courbure de l'anse grêle. Ainsi guidée, la sonde pénètre de toute sa longueur, et on injecte par son intermédiaire un lavement alimentaire ; mais l'anse se remplit, et une partie du liquide revient au dehors en glissant le long de la sonde. Ce reflux tient sans doute à ce que l'anse est parésiée et à ce que la sonde est trop courte pour pouvoir dépasser largement les limites de la portion malade. Comme l'opéré est fatigué, on ne juge pas prudent de continuer plus longtemps ces manœuvres, on laisse la sonde

à demeure, fermée par un fosset, l'on garnit de compresses les anfractuosités de la plaie, en particulier le pourtour de la perforation par laquelle est introduite la sonde.

Affaiblissement progressif dans la journée, malgré l'administration de sérum, d'huile camphrée et de lavements alimentaires, et même l'absorption par la bouche d'une certaine quantité de lait et de café.

La mort survient le matin du 21 février à cinq heures, huit jours après la première intervention.

Autopsie. — Rien à signaler dans la fosse iliaque droite, ni dans la fosse iliaque gauche et le petit bassin. Les anses intestinales sont libres, l'appendice est sain et il n'y a pas trace de péritonite.

Le gros intestin commence à adhérer à la paroi antérieure de l'abdomen au niveau du coude droit du côlon, et ne devient libre qu'à l'origine de l'S iliaque.

Enlevé entre deux ligatures et ouvert, on constate que son calibre n'est nullement rétréci et on trouve dans son intérieur, à partir du coude droit, des cicatrices étoilées, gris jaunâtres, allongées dans le sens transversal et entourées d'une congestion intense de la muqueuse. Au niveau de la portion transverse, les cicatrices sont moins nombreuses, mais à mesure qu'on se rapproche du coude gauche, on voit apparaître des ulcérations d'abord isolées, puis plus nombreuses autour desquelles existe une zone hémorragique avec épaississement de la séreuse, laquelle adhère à la paroi abdominale.

L'estomac est libre au niveau de sa petite courbure et de ses faces, mais sa grande courbure adhère d'une manière intime au gros intestin. Du côté de sa petite courbure, la muqueuse présente des suffusions sanguines, mais pas de points ulcérés.

Le foie adhère tellement au diaphragme par toute sa face convexe, qu'on a beaucoup de peine à le libérer et à l'amener au dehors ; à la coupe, il offre une teinte muscade caractéristique ; quant à la vésicule et aux voies biliaires, elles sont saines et libres.

La rate est de dimensions moyennes et est moins adhérente que le foie.

Rien à noter du côté des reins.

Après avoir débarrassé l'abdomen du gros intestin et des parties saines de l'intestin grêle, on peut constater que les perforations occupent bien la dernière portion du duodénum et la naissance du jéjunum, c'est-à-dire l'angle duodéno-jéjunal. Outre les deux perforations aveuglées lors de la seconde intervention et celle par laquelle on a introduit la sonde en caoutchouc, on en constate deux autres, soit cinq perforations disséminées sur 8 centimètres d'intestin grêle. A ce niveau, la muqueuse intestinale est très amincie et la paroi présente un piqueté hémorragique très accusé.

Au voisinage de ces ulcérations existent deux ou trois ganglions indurés.

C'est au niveau de cette portion presque sphacélée de l'intestin grêle qu'existait la bride d'étranglement la plus serrée, mais au moment de

la première intervention, la paroi intestinale paraissait douée d'une vitalité suffisante pour qu'on n'eût pas à craindre une perforation. Cette opinion n'était qu'en partie erronée, puisque celle-ci ne s'est produite que dans le cours du sixième jour, alors que les fonctions intestinales avaient repris leur cours normal.

Du côté de la poitrine, on ne trouve que quelques adhérences pleurales droites sans lésions pulmonaires et en particulier sans tubercules.

En résumé, l'histoire de notre malade nous paraît assez simple.

Atteint depuis trois ans d'une entérite à marche chronique et qui avait débuté au niveau du coude droit du côlon transverse, il s'est fait à la suite de cette lésion intestinale, laissée sans aucun soin, une péritonite scléro-fibreuse adhésive. Les premiers exercices d'équitation sont venus donner un coup de fouet à cette affection, localisée alors au niveau du coude gauche et de la portion descendante du côlon. Des néo-membranes se sont rapidement étalées sur la terminaison du duodénum et l'origine du jéjunum, enserrant ainsi les deux branches de l'angle jéjuno-duodénal qui s'est distendu et plus ou moins coudé et tordu. C'est à ce moment que se sont produits les accidents aigus de l'étranglement et que sont survenus les vomissements si abondants qui nous ont mis sur la voie du diagnostic.

L'opération, bien que faite dès le lendemain du jour où nous avons été appelé à examiner le malade pour la première fois et alors que son état ne paraissait pas alarmant, était néanmoins trop tardive, puisque l'anse étranglée n'a pu résister au sphacèle. Et cependant ce dernier ne s'est produit que le sixième jour après l'intervention, alors que les fonctions gastro-intestinales avaient repris leur cours normal.

Quant aux adhérences péritonéales si étendues et si résistantes que nous avons rencontrées au pourtour du côlon transverse, à la face supérieure du foie et le long de la grande courbure de l'estomac, elles sont intéressantes par leur *cause* et leur *siège*.

La *cause* nous est fournie par l'affection intestinale, de nature vraisemblablement tuberculeuse qui siégeait dans le gros intestin. Ce qu'il y a de particulier à noter, c'est que ce dernier ne présentait aucun étranglement. Les fonctions se faisaient mal, uniquement en raison de l'étendue et de la solidité des adhérences en nappe qui l'unissaient aux organes voisins et tout particulièrement à la paroi abdominale antérieure. Il avait dû y avoir tout au début de la maladie, du côté du coude droit du côlon, une réaction assez vive, puisque toute la face convexe du foie adhérait intimement à la face inférieure du diaphragme.

Quand des adhérences étendues occupent ainsi la *partie supé-*

rieure de la cavité abdominale, elles ont le plus souvent comme point de départ une affection du foie, des voies biliaires ou de l'estomac. L'origine intestinale est presque une rareté et c'est à ce titre que nous avons cru devoir vous rapporter l'observation de notre malade. Elle se rapproche par bien des côtés des deux faits qui vous ont été signalés par M. Potherat dans la précédente séance et elle est capable, nous semble-t-il, d'en éclairer la pathogénie (1).

Sténose du pylore par ingestion d'acide chlorhydrique.

M. Quénu. — Le rapport de M. Tuffier me fournit l'occasion de vous communiquer une observation de sténose pylorique à la suite de l'ingestion d'un liquide caustique.

Rétrécissement pylorique à la suite de l'ingestion d'acide chlorhydrique (2).

Il s'agit d'une femme de quarante-six ans entrée le 2 mai dans mon service à l'hôpital Cochin. Vers la fin de février 1906, à la suite de chagrins intimes la malade absorba la moitié d'une petite bouteille d'échantillon (contenance évaluée à 40 centimètres cubes) contenant « de l'eau de rouille », en réalité, d'après notre enquête, une solution assez concentrée d'acide chlorhydrique du commerce.

Immédiatement elle ressentit des douleurs épouvantables, ce qui ne l'empêcha pas de ramasser la bouteille et d'avaler le reste de son contenu. Elle souffrit beaucoup (depuis la bouche jusqu'au nombril), comparant ses douleurs à celles que provoque un arrachement de peau brûlée. Elle essaya de boire pour calmer ses douleurs, mais elle rejeta l'eau immédiatement, et elle se mit à vomir toute la nuit et toute la matinée du lendemain, les vomissements se composaient d'un liquide contenant des mucosités et des fausses membranes qu'elle retirait elle-même de sa bouche, la déglutition devint difficile, impossible même; le cou, le thorax et la partie supérieure du ventre étaient devenus excessivement sensibles.

La malade demeura de la sorte au lit pendant neuf jours, vomissant des matières qu'elle compare à du sang brûlé, et à la fin de chaque vomissement une très petite quantité de sang rouge. Cependant le dixième jour, la malade put quitter le lit et essaya même de reprendre un peu son travail dans les champs; elle dut y renoncer.

(1) Lejars. Diagnostic et traitement des accidents dus aux adhérences et aux brides péritonéales. *Semaine médicale*, 1904, n° 12, p. 89.

(2) Rédigée par l'interne du service M. Mathieu.

L'alimentation demeurait très pénible. : le lait était difficilement supporté, le liquide qu'elle gardait le mieux était un peu de café noir.

Sans autres soins que ceux de voisines complaisantes, cette femme maigrit rapidement et finit par se faire transporter à l'hôpital le 7 avril, soit environ six semaines après l'accident. A l'hôpital, elle garde un peu de lait grâce à des cachets calmants et à de l'eau de Vichy.

Dès qu'on augmente un peu la quantité, les vomissements reprennent de plus belle; seulement ils s'éloignent de plus en plus du moment de l'absorption. On a recours aux lavements alimentaires.

Au moment de son entrée à Cochin le poids est de 34 kil. 600; le poids était de 55 kilogrammes avant l'accident.

La déglutition est facile, les vomissements persistent, mais ce qui a été pris le matin n'est rejeté que le soir.

Nous nous trouvons en présence d'une petite femme extraordinairement amaigrie et d'une cachexie extrême, à ventre excavé; la palpation abdominale n'est pas douloureuse, la percussion donne une sonorité stomacale descendant jusqu'à l'ombilic; après l'insufflation (acide tartrique et bicarbonate de soude), l'estomac descend plus bas mais cette distension est mal supportée.

Nous décidons une gastro-entérostomie.

Opération le 7 mai, injection de sérum le matin, injection de 1 centigramme de morphine. La malade est endormie avec l'appareil de Roth. Nous commençons l'incision de la paroi abdominale et nous surveillons très attentivement le chloroforme. Tout d'un coup le cœur cesse de battre, les ébauches de mouvements respiratoires persistent. La respiration artificielle et la traction rythmée ne donnant rien, et comme je me trouvais près de la tête de la malade, M. Duval, mon assistant, sur mon conseil, fend le diaphragme et cherche à réveiller les contractions du cœur qu'il voyait inerte et flasque. Sous l'influence de ses manipulations le cœur esquissa quelques contractions, et la malade fit quelques ébauches de mouvements respiratoires, puis les contractions du cœur cessèrent à nouveau et l'excitation directe ne détermina plus que quelques mouvements trémulatoires :

L'autopsie a été faite vingt-quatre heures après; l'estomac n'offre pas de lésions considérables, au moins apparentes, ailleurs qu'à la région pylorique. Le pylore est extrêmement rétréci et ne laisse passer qu'un stylet métallique.

La coupe des tissus au niveau du pylore, est blanchâtre, d'aspect fibroïde. Les préparations microscopiques (1) montrent que la muqueuse a totalement disparu, elle est remplacée par des bandes de tissu fibreux qui traversent des amas de cellules rondes inflammatoires; les faisceaux musculaires les plus internes sont mêlés de bandes fibreuses plus abondantes d'abord que les éléments musculaires, puis diminuant au fur et à mesure qu'on se rapproche de la séreuse où l'aspect de la couche musculaire redevient normal.

L'examen de l'œsophage a été également fait. A l'œil nu, sa surface

(1) Dr Landel.

comme celle du pharynx présente des plaques blanchâtres, arrondies, irrégulières, de la grandeur d'une lentille ou d'un haricot et faisant légèrement saillie à la surface de la muqueuse. La souplesse paraît normale. Une coupe pratiquée au niveau d'une de ces plaques blanchâtres montre qu'il s'agit simplement d'un épaississement de l'épithélium; celui-ci a une épaisseur double de celle de l'épithélium voisin : les cellules sont plus grosses et en même temps les assises cellulaires sont plus nombreuses. Ces épaississements de l'épithélium sont séparés du reste de la muqueuse par une invagination circulaire tapissée d'épithélium. Les couches sous-jacentes ne sont modifiées ni dans leur structure, ni dans leur volume.

Le myocarde ne présentait pas de lésion appréciable, ni macroscopiquement, ni microscopiquement.

Voilà donc une observation de plus à ajouter aux vingt-trois faits que nous avions rassemblés en 1902 et à ceux qui ont paru depuis.

L'examen histologique nous a permis de vérifier au niveau du pylore la destruction totale de la muqueuse, et l'altération partielle de la couche musculeuse. L'examen de l'œsophage nous a prouvé qu'il ne fallait pas prendre pour des lésions de sténose les plaques blanches que peut nous démontrer l'examen œsophagoscopique. Enfin notre observation vient se ranger parmi celles où la sténose s'est produite avec une très grande rapidité.

Communication.

Deux observations de cæcum mobile,

par M. QUÉNU.

Mlle L... P..., âgée de vingt ans, couturière m'est adressée au commencement de mars 1906 avec le diagnostic d'appendicite à répétition.

Ses père et mère sont bien portants. Jusqu'à l'âge de seize ans on ne relève dans ses antécédents qu'une rougeole dans la première enfance, aucun antécédent bacillaire. La menstruation s'est établie à quatorze ans et a continué depuis avec beaucoup de régularité. La première crise abdominale s'est déclarée il y a quatre ans : elle a consisté en douleurs abdominales occupant la fosse iliaque droite avec vomissements, fièvre modérée et une constipation prononcée. Huit mois après environ survint une seconde crise qui dura trois à quatre jours comme la précédente, puis, après un intervalle d'une dizaine de mois, une deuxième crise, et enfin la dernière, le 26 novembre dernier. Cette dernière dura un peu plus longtemps que les précédentes, le mot de péri-

tonite fut prononcé et le médecin fit garder le repos au lit pendant six semaines.

Cette jeune fille était venue déjà nous voir au commencement de février et j'avais renvoyé son opération aux premiers jours de mars afin que le refroidissement des lésions fût tout à fait assuré.

Nous l'examinons les premiers jours de mars; son ventre est souple, partout indolent, sauf dans la fosse iliaque droite un peu au-dessous et en dedans du point de Mac Burney; à ce niveau et profondément la pression réveille de la douleur. Le toucher vaginal ne révèle aucune lésion utérine ou annexielle. Depuis le commencement de décembre, l'apyrexie est complète, urines normales, aucune trace d'albumine.

Nous acceptons le diagnostic d'appendicite à répétition et nous opérons notre malade le 6 mars 1906.

Incision de Jalaguier. Seules des anses grêles se présentent. La malade qui est légèrement inclinée est remise dans l'attitude horizontale. L'exploration de la fosse iliaque demeure vaine et nous ne trouvons pas le cæcum. Nous agrandissons l'incision, nous cherchons le cæcum dans la cavité pelvienne, puis dans la région sus-hépatique sans plus de succès.

Prolongeant encore l'incision dans le haut, je cherche et trouve le côlon transverse comme point de repère et je le suis comme guide de gauche à droite afin d'arriver sur le côlon ascendant; je constate alors que le côlon ascendant, très malade et muni d'un mésentère, a basculé à gauche avec le cæcum, qui uni à l'iléon et à l'appendice enflammés et adhérents, est situé sous le foie à gauche. Le cæcum est dépourvu de toute attache mésentérique. Nous tirons légèrement et nous amenons enfin dans la plaie le cæcum et l'appendice.

Le cæcum est entouré partout de péritoine et sans méso, l'appendice est réséqué et péritonisé. Le cæcum est replacé dans la fosse iliaque droite et fixé à la paroi par quatre points au fil. Drainage de la fosse iliaque droite.

Le soir de l'opération les suites parurent devoir être normales, le pouls était à 80, la température à 36°9, le facies excellent. Le lendemain matin la malade se plaignait de maux de tête, aucun vomissement, pouls à 100, température à 38 degrés, ventre plat et souple.

Le 7 au soir, le pouls s'élève à 105, la température à 38°5, la malade tousse un peu, le ventre est indolent. Nous expliquons par des phénomènes de grippe régnant alors dans le service les suites un peu anormales de l'opération.

Le 8 au matin, pouls à 120, température à 39°2.

Le ventre est souple, plat, non douloureux; la malade a rendu quelques gaz; nous retirons avec une pipette quelques gouttes de sérosité claire et le tube est remis à M. Landel, qui ensemence à la fois des tubes de bouillon et des tubes de gélose.

Le 8 au soir, 38°8, pouls 130. L'opérée se plaint beaucoup de la toux qui la fait souffrir. Le facies est subictérique, ou mieux légèrement bronzé, éveillant une idée de comparaison avec la teinte atténuée d'une malade d'Addison.

Le ventre demeure souple et non douloureux tant spontanément qu'à la pression.

Le 9 au matin, la malade a encore des gaz.

Température 39°2, pouls à 150, petit, misérable. Le facies est celui d'une toxémique, la coloration est bronzée, l'abattement prédomine. Le ventre est absolument plat et dépressible. Après une désunion légère et l'enlèvement de deux fils profonds, je constate que nulle part il n'y a trace d'inflammation; le cæcum est rosé, sans adhérences ou plaques pelviennes, aucun liquide ne s'écoule, un petit tampon enfoncé au contact du cæcum n'offre aucune odeur.

D'autre part, nous constatons la présence dans l'urine d'une grande quantité d'albumine. L'urine est d'ailleurs rare et concentrée, malgré les injections de sérum.

On pratique une injection intra-veineuse de collargol. A deux heures de l'après-midi, le pouls s'affaiblit de plus en plus, la dépression a fait place à des phénomènes d'excitation et la malade succombe au commencement du quatrième jour.

L'autopsie a été pratiquée par mon interne M. Muret. Voici la note qu'il nous a remise :

Aspect du volvulus en place : la plicature est double; 1° le cæcum est infléchi sur le côlon ascendant presque à angle droit, et le cæcum ainsi plié est infléchi sur le côlon transverse auquel il adhère; 2° le côlon ascendant est enroulé autour du côlon transverse, l'enroulement se faisant au-dessous de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse.

En résumé le cæcum est à angle droit sur le côlon ascendant, qui s'est enroulé sous le côlon transverse.

Le cæcum est ainsi en position ascendante, coupant le côlon transverse auquel il adhère.

Aspect des différents segments : le cæcum est recouvert de débris d'adhérences, il est extrêmement dilaté et rempli de matières fécales, anciennes, noirâtres. Le côlon ascendant est diminué de volume et paraît avoir des tuniques amincies. L'angle colique droit est dilaté.

La portion colique transverse sur laquelle s'appuie et adhère le cæcum est très diminuée de volume et paraît extrêmement mince. L'angle colique gauche paraît plutôt dilaté.

Nous avons dit que des matières fécales consistantes et foncées, étaient accumulées dans le cæcum; il y en a un peu dans le côlon ascendant, presque pas à l'angle colique droit, pas du tout dans la portion transversale.

Nulle part il n'existe de traces d'inflammation récente : rougeur, vascularisation, plaques fibrineuses, etc. Aucun liquide dans le ventre. La fixation cæcale s'était exactement maintenue. L'exploration du ventre ne décèle nulle part aucune lésion apparente, perforation, etc.

Examen de la face interne du cæcum. — La surface interne présente des plaques de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, semblant correspondre macroscopiquement à des ulcérations de couleur grisâtre, et en fait, l'examen de ces parties, pratiqué par M. Landel, nous

a révélé, à ce niveau, une altération profonde de la muqueuse; non seulement l'épithélium a disparu, mais les tubes glandulaires sont détruits. Dans certains points, la muqueuse est remplacée par une mince couche de tissu conjonctif bourrée d'éléments inflammatoires, dans lesquels on remarque parfois des cavités dépourvues d'épithélium et semblant correspondre à d'anciens tubes glandulaires.

L'appendice offre, à sa partie externe, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, une ulcération des dimensions d'une lentille. A la coupe, cette ulcération paraît s'être produite de dehors en dedans, rappelant, par conséquent, les ulcères externes qu'a décrits M. Hayem dans l'estomac.

Le fond de l'ulcération est tapissé par la muqueuse altérée; toutes les autres tuniques ont disparu. En dehors de ce point, la structure de l'appendice est à peu près normale.

Examen du liquide péritonéal recueilli pendant la vie. — Le liquide, recueilli dans le drain quelques jours après l'opération (quelques gouttes seulement), a été ensemencé sur gélose et sur bouillon. Ces cultures sont demeurées stériles.

Au point de vue des anaérobies, le Dr Veillon, qui avait bien voulu mettre sa haute compétence à notre service, n'a trouvé que quelques rares cocci en chaînettes, qu'il considère comme des anaérobies facultatifs, et dont le petit nombre et la qualité paraissent incapables d'être rendus responsables des accidents observés.

J'ai tenu à présenter cette observation à la Société de chirurgie à la fois pour l'obscurité de la genèse des accidents qui ont amené la mort, et pour la rareté dans notre pays des observations de ce déplacement du cæcum sur lequel, d'ailleurs, le premier mémoire, celui de J. Manteuffel, ne date que de 1898.

On sait que tout dernièrement le volvulus du cæcum a été l'objet, dans la *Revue de gynécologie*, d'une étude de MM. Cavaillon et Delroye, internes des hôpitaux de Lyon.

Dans la plupart des observations recueillies par MM. Cavaillon et Delroye, les accidents ont affecté la forme d'une occlusion aiguë.

Dans l'observation XVII (de Box) cependant, on porta le diagnostic d'appendicite subaiguë, on trouva le cæcum adhérent et prolabé dans le pelvis, l'appendice fut enlevé, la malade guérit.

Notre observation rentrerait dans ce que les auteurs précédents ont décrit sous le nom de formes médicales, ils en donnent la symptomatologie d'après Haussmann (1).

Les malades, à des intervalles irréguliers, ressentent une douleur brusque dans la fosse iliaque droite, ils éprouvent comme des

(1) Haussmann. *Berlin. Klin. Woch.*, 1904, 31 octobre.

sensations de coliques, le tout accompagné de réaction péritonéale : altération des traits, vomissements, accélération du pouls; quand on est appelé à examiner les patients au moment de la crise, on sent dans la fosse iliaque une sorte de tuméfaction globuleuse quelquefois gargouillante, puis brusquement le malade sent des gaz circuler dans son intestin, le gonflement s'affaisse et tout rentre dans l'ordre. Faut-il attribuer ces crises à une torsion du cæcum, et la cessation de la crise à une détorsion spontanée, ramenant la libre circulation des gaz dans l'intestin ?

C'est possible, mais on a peut-être eu tort de généraliser. Chez notre malade, les crises répétées s'étaient spontanément résolues, et cependant le cæcum était resté dans sa position vicieuse, par des adhérences dont l'aspect indiquait l'ancienneté. De même, dans l'observation de Box, trop peu détaillée, du reste, il semble qu'on ait dû libérer le cæcum en prolapsus dans le pelvis.

En tout cas, notre observation prouve qu'il existe des cas de coudure et de torsion du cæcum compatibles avec les apparences d'une assez bonne santé, bien que les crises ne se soient pas terminées par le retour du cæcum à sa position normale.

En d'autres termes, l'occlusion intestinale n'est pas le résultat inévitable d'un cæcum tordu, et il est vraisemblable que dans un certain nombre de cas il entre comme déterminants des accidents des facteurs autres que le déplacement mécanique ; je pense qu'il faut faire entrer en ligne de compte les altérations de structure de la muqueuse du cæcum provoquées et entretenues par la situation vicieuse des segments intestinaux, et par la stase communément observée et signalée des matières fécales abondantes dans le rectum.

Voici donc, pour le type que j'ai rencontré et étudié, l'interprétation que je donnerais.

L'inflexion et la torsion du cæcum, sans aller dans les crises jusqu'à l'occlusion intestinale, provoquent une stase stercorale habituelle et des altérations de structure de la muqueuse du gros intestin. Celles-ci sont susceptibles d'occasionner des péritonites partielles, et la formation d'adhérences persistantes.

Cavaillon dit bien que le péritoine cæcal contracte rarement des adhérences dans la région de l'abdomen où il est transposé, et il prétend que c'est le méso tuméfié et devenu rigide qui s'oppose au retour à la situation normale.

Notre observation infirme ces remarques, et l'évolution des accidents dans notre cas ressort clairement du simple exposé des faits.

Déviation du cæcum, modification des vaisseaux, et stase stercorale aboutissant à l'altération de structure de la muqueuse,

péritonite secondaire et adhérences, voilà l'ordre très vraisemblable des accidents.

On aurait pu se demander si l'appendice ne pouvait jouer un rôle dans la production des accidents péritonitiques. Nous l'avons cru au moment de l'opération, et, le trouvant adhérent, nous en avions pratiqué la résection. L'examen histologique nous a montré que s'il s'agit d'une appendicite, il s'agit d'une appendicite bien spéciale dans laquelle le processus ulcéreux commencerait par les couches externes; ce serait un fait inhabituel que nous nous contentons de signaler. Il est peut-être plus simple d'admettre que les lésions appendiculaires tout à fait exceptionnelles signalées par nous ont été secondaires. Nous attribuons donc une importance première aux ulcérations du cæcum.

Ces ulcérations sont signalées dans le mémoire de Cavaillon sans qu'il ait insisté sur leur importance et sur leur rôle pathogénique ultérieur. Il est vrai que son mémoire a principalement en vue les formes graves avec occlusion, qu'il appelle formes chirurgicales.

Il n'y a pas, à vrai dire, de formes médicales et de formes chirurgicales : il y a des formes cliniques un peu différentes, dans lesquelles prédominent, suivant les cas, les phénomènes mécaniques de torsion ou les phénomènes réactionnels du côté du péritoine.

On conçoit donc qu'on les confonde avec certaines péritonites partielles développées autour de l'appendice, ou de la vésicule biliaire, ou de tout autre organe. Je n'ai, chez ma malade, assisté à aucune crise aigue, mais je doute que les signes donnés par MM. Cavaillon et Delroye suffisent à assurer le diagnostic différentiel.

Dire que la température est plus élevée dans l'appendicite, que la réaction péritonéale y est plus vive et plus diffuse, c'est n'envisager que certaines formes d'appendicite, et ce n'est pas résoudre le problème.

Quoi qu'il en soit, il est naturel, en raison de l'extrême fréquence de l'appendicite et de l'extrême rareté du volvulus du cæcum, de penser qu'on a devant soi une appendicite à répétition, quand un malade vient vous raconter qu'à plusieurs reprises il a été pris subitement de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite avec vomissements, empâtement iliaque, que le tout a duré plusieurs jours, s'est reproduit dans plusieurs circonstances et a été catalogué appendicite par le médecin appelé.

En pareil cas, on sera conduit à opérer comme s'il s'agissait d'une appendicite.

On a vu quelles surprises et quelles difficultés nous a offertes la recherche du cæcum. Si je me retrouvais en pareil cas, je n'hési-

terais pas à changer d'incision et à laisser là l'incision latérale pour l'incision médiane qui est la vraie incision d'exploration; celle-ci permettrait mieux de se rendre compte des adhérences et de l'état des segments coliques.

Le cæcum libéré, quelle conduite faudrait-il tenir? celle que j'ai suivie, la cæcopexie? ou la résection du cæcum? J'ai choisi la cæcopexie parce qu'elle m'a paru une opération plus simple et suffisante dans les conditions d'une opération à froid où je me trouvais, d'autant plus encore que j'avais eu cette même année l'occasion de l'appliquer à un cas de cæcum mobile, que je vais vous demander la permission de vous rapporter.

Cæcum mobile. Cæcopexie. Guérison.

Il s'agit d'une malade de quarante-trois ans qui me fut montrée en novembre dernier par mon collègue et ami Chauffard, comme atteinte de cholécystite calculeuse. En fait, cette malade avait des crises qualifiées de coliques hépatiques depuis l'âge de trente-huit ans.

Au mois de juin dernier, une de ces coliques dura trois semaines et fut suivie de douleurs irradiant vers la fosse iliaque et l'ombilic. A la suite, il survint un ictère pour lequel la malade entra à l'hôpital. Elle en sortit le 20 août; à ce moment on aurait constaté une hypertrophie du foie et de la rate; il existait, pendant ces trois semaines, une fièvre très forte oscillant entre 38 et 40 degrés.

L'ictère disparut vers le 15 août.

En novembre, on trouvait sous le rebord costal droit une tuméfaction douloureuse descendant dans la fosse iliaque et que M. Chauffard et moi nous attribuâmes à de la péricholécystite.

L'opération eut lieu le 23 novembre 1905.

A l'ouverture latérale du ventre, nous observons un foie gros et très abaissé; la vésicule est un peu distendue, normale, sans péritonite périvésiculaire; l'exploration du cholédoque est négative. Le pancréas paraît sain, mais on remarque que le cæcum est directement appliqué sous le foie : c'est le type du cæcum mobile avec un long méso (1) qui permet de l'extérioriser complètement hors de l'abdomen. Il est distendu, à parois très minces; les bandelettes sont étalées et minces, l'appendice est filiforme, d'apparence fibreuse. Légère salpingite droite. On prolonge l'incision en bas et nous réséquons l'appendice. Le cæcum est fixé au péritoine pariétal par quatre points; le foie est fixé à la côte par trois points en anse passés près du bord antérieur, en plein tissu hépatique.

Les suites opératoires furent simples et la malade quitta l'hôpital, guérie, le 6 janvier 1906; elle a été revue le 12 mars 1906, elle n'a plus ressenti depuis son opération aucune douleur hépatique ou abdominale; elle entra dans le service de M. Widal pour une sciatique.

(1) Observation communiquée par M. Sauvé, mon interne.

J'ai donc été conduit chez ma seconde malade à pratiquer aussi une cæcopexie et le résultat a été tout différent. Je dois dire que dans ce second cas, les choses ne se présentaient pas sous le même aspect. Au lieu d'un intestin d'apparence lisse, normale, malade, mais non tordu, j'avais affaire à un cæcum adhérent et caché sous l'hypocondre gauche, à surface inégale recouverte de fausses membranes, distendu par des matières fécales.

Si j'avais pu soupçonner les lésions ulcéreuses de ce cæcum, peut-être aurais-je mieux fait de recourir à une résection de tout le segment malade avec établissement d'une anastomose iléo-sigmoïdienne; je dis *peut-être* et je pose cette conduite sous forme hypothétique, parce qu'en somme je ne sais pas exactement pourquoi ma malade est morte. Elle est morte de toxémie, c'est incontestable, avec un péritoine sain. On ne peut imaginer la septicémie péritonéale après les examens bactériologiques du liquide du drain vérifiés par M. Veillon. Nous sommes bien obligés de supposer que les accidents toxémiques ont eu pour point de départ non l'extérieur du cæcum, mais sa surface interne, ulcérée et malade, en contact avec les matières fécales anciennes. Mais alors comment l'acte opératoire a-t-il mis en branle le processus toxique? le chloroforme est-il en partie responsable? a-t-il diminué la défense hépatique? les manipulations opératoires ont-elles provoqué des décharges toxiques dans les vaisseaux du cæcum? Je livre ces hypothèses à vos appréciations, tout en ne vous cachant pas que j'y incline et qu'en pareilles circonstances je serais tenté d'avoir recours à la résection intestinale.

Présentations de malades.

Kystes hydatiques du foie traités par l'évacuation et la suture sans drainage. — Guérison.

M. Routier. — J'ai l'honneur de vous présenter deux malades que j'ai récemment traités avec succès pour des kystes hydatiques du foie par l'évacuation et la suture sans drainage.

Le premier est un jeune homme de vingt-cinq ans qui avait vu son côté droit gonfler et grossir depuis trois mois environ. Il était facile de faire le diagnostic kyste hydatique du foie; mais en même temps ce garçon présentait des lésions non douteuses des sommets de ses deux poumons.

La question se posait de savoir s'il valait mieux ou non laisser

évoluer le kyste, ou l'en débarrasser. C'est à ce dernier parti que je me suis arrêté.

Le 26 mai, je pratiquai une laparotomie sus-ombilicale, presque médiane, sur la partie culminante de la tumeur; le kyste siégeait en plein foie, je retirai par la ponction 2 litres 1/2 de liquide eau de roche; puis j'incisai la faible couche de tissu hépatique, et le kyste adventice; la membrane unique fut facile à extraire en totalité. J'asséchai légèrement la cavité avec une compresse stérilisée, et je suturai les bords de la plaie au catgut. Le tout fut réduit dans le ventre, et la paroi suturée au bronze d'aluminium.

L'état fut parfait jusqu'au 30; à ce moment, la température s'éleva à 38 degrés.

J'examinai bien mon malade, et, convaincu que sa température ne venait pas de mon opération, j'attendis.

Le 3 juin, j'enlevai les sutures de la paroi; tout était souple et indolent, et cependant le malade faisait à nouveau quelques élévations de sa température.

Le 8 je faisais lever le malade.

Vous pouvez voir sur la feuille que je vous présente qu'il a eu depuis de bien plus fortes ascensions, il a eu 40 degrés le 15 juin.

Malgré cela, il est bien guéri de son foie, et ses élévations de température sont dues certainement à sa tuberculose. Je l'ai envoyé à la campagne.

La jeune femme que je vous présente ne me paraît pas moins intéressante. Elle a vingt-huit ans.

Depuis treize mois environ, elle sentait augmenter son hypocondre droit, la tumeur était visible; quand elle me fut confiée par mon collègue le D[r] Hirtz, le diagnostic kyste hydatique du foie était certain.

Le 2 juin, je pratiquai une laparotomie sus-ombilicale latérale sur le point le plus culminant de la tumeur. Tout était prêt pour formoler le kyste, mais je l'ouvris inopinément tant il était tendu. Il sortit plusieurs litres de liquide clair comme de l'eau de roche, 3 au moins.

J'agrandis l'incision, et retirai la membrane germinative; alors seulement, je passai du formol sur tout ce qu'avait pu toucher le liquide.

J'asséchai la poche avec des compresses stérilisées, il en fallut un assez grand nombre; je fus frappé de ce fait, que ces compresses revenaient tachées en jaune par de la bile; les taches n'étaient pas très grandes.

Le kyste était en plein foie; ce qui semblait seulement persister de cet organe, c'était le bord libre qui présentait encore une certaine épaisseur, mais tout le reste du foie était comme une loque.

Je fis une suture des bords de la poche en prenant autant de tissu que possible pour tâcher de diminuer un peu sa capacité, puis, à cause des taches de bile que j'avais vues sur les compresses, et pour retrouver la poche au cas où elle s'emplirait de bile, je suspendis par un catgut la suture à la paroi que je fermai par des fils de bronze; entre deux points de suture, je mis un drain de 2 à 3 centimètres qui arrivait au contact de la suture à la poche.

Six jours après, le 2 juin, j'enlevai ce drain; la température n'avait pas dépassé 37; le 10 j'enlevai les sutures de la paroi.

Les suites furent des plus simples; cependant, le 18 juin elle eut un mal de gorge qui dura six jours avec 38 degrés sans répercussion sur mon opération.

Elle est aujourd'hui guérie.

J'attire tout spécialement l'attention de mes collègues sur ce fait qui s'est représenté dans mes deux observations, cette élévation de température indépendante de l'opération et ne nuisant pas à sa réussite.

Présentations de pièces.

Cancer du côlon iliaque.

M. P. Michaux. — J'apporte à la Société de Chirurgie un cancer du côlon iliaque que j'ai réséqué il y a une dizaine de jours chez un malade de mon service à l'hôpital Beaujon.

Cet homme, âgé d'une quarantaine d'années, a joui jusqu'il y quelques mois d'une très bonne santé. C'est un ancien colonial qui a longuement séjourné au Tonkin et à Madagascar, sans en avoir jamais été gravement incommodé.

A l'âge de vingt ans, il a eu une crise de dysenterie qui s'est terminée assez rapidement. Depuis il n'avait jamais eu aucun trouble intestinal, lorsqu'il y a une dizaine de mois il a été pris de troubles digestifs, crises de ténesme et de constipation, puis selles glaireuses, fétides et bientôt nettement sanguinolentes. Ces troubles se sont encore accusés dans les derniers temps en même temps que le malade notait un amaigrissement notable avec décoloration manifeste des téguments.

Le toucher rectal ne révèle aucune lésion du rectum, mais au palper abdominal on sent vaguement dans la fosse iliaque gauche et à l'entrée du petit bassin une tuméfaction mal délimitée qui nous fait porter le diagnostic de néoplasme du côlon iliaque.

Les conditions favorables dans lesquelles se présente cet homme nous semblent imposer l'intervention chirurgicale, qui est pratiquée le 17 juin 1906 avec l'assistance de mon interne, M. Rigollot-Simonot.

Laparotomie sur le bord externe du muscle droit du côté gauche. Constatation d'une masse néoplasique du côlon iliaque à cheval sur le petit bassin et la fosse iliaque.

Mais l'incision nous paraissant mal commode, nous la refermons et nous faisons une laparotomie médiane sous-ombilicale par laquelle nous extériorisons assez facilement le néoplasme en question.

C'est une masse du volume d'une pomme développée autour d'une sorte de dépression squirrheuse demi-circulaire du gros intestin.

La masse est circonscrite par quatre pinces à coprostase et facilement réséquée sur un lit protecteur de compresses stérilisées.

Fermeture du bout rectal par deux plans de suture, un total et un séro séreux, puis ouverture latérale de ce bout à cinq centimètres au-dessous de la suture terminale et anastomose termino-latérale du bout supérieur dans cette ouverture. Sutures soignées en deux plans, un profond total au fil de lin, un superficiel séro-séreux d'enfouissement au catgut n° 0.

Fermeture de la paroi en un plan sans drainage.

Les suites opératoires ont été remarquablement simples et apyrétiques : le 2e jour, le malade rend des gaz par l'anus et le soir a une selle spontanée.

Sa température ne dépasse pas 37°8, et aujourd'hui, au 10e jour de son opération, nous pouvons le considérer comme absolument guéri.

Sarcome volumineux de l'ovaire, adhérent à l'intestin et au mésentère. Ablation de la tumeur. Résection de 30 centimètres de l'intestin grêle. Anastomose au bouton de Murphy. Guérison.

M. P. Michaux. — La seconde pièce que je vous apporte est surtout intéressante par les détails cliniques de son observation, par les difficultés opératoires heureusement surmontées et par le bon succès que nous avons obtenu.

Il s'agit d'un énorme sarcome de l'ovaire gauche, sarcome mou, très vasculaire, occupant tout le ventre, excessivement

adhérent à l'épiploon, au gros intestin et surtout à l'intestin grêle qui était confondu et était adhérent avec lui en deux points sur une longueur de près de 50 centimètres.

La malade m'avait été adressée par mon éminent collègue de Beaujon, M. le professeur Robin.

C'était une femme de quarante-sept ans, d'une bonne santé habituelle jusqu'il y a quelques mois.

Il y a deux ans, elle avait vu survenir des troubles de la menstruation, ses règles étaient irrégulières, elles ont disparu depuis trois mois. Depuis cette époque, la malade a vu son ventre augmenter de volume, et aujourd'hui l'abdomen est absolument distendu par une masse énorme, un peu irrégulière surtout, dans l'hypocondre gauche où elle pousse un prolongement volumineux qui se cache sous les fausses côtes.

La consistance est tout à fait celle d'un grand kyste végétant de l'ovaire; il y a dans le cul-de-sac latéral gauche une bosselure énorme pseudo-fluctuante. Nous pensons à un kyste colloïde; une seule chose nous étonne, c'est qu'une ponction faite dans le service de M. Robin n'ait ramené aucun liquide.

L'opération est décidée et pratiquée le lendemain de son entrée dans le service. Grande incision médiane; pas d'ascite.

On tombe sur cette énorme tumeur très vasculaire adhérente au péritoine pariétal, à l'épiploon, en arrière à l'S iliaque sur une petite étendue. Le péritoine antérieur du ligament large gauche se continue au-devant de cette tumeur.

Incision du feuillet du ligament large pour garder un lambeau de péritonisation, hystérectomie abdominale subtotale. La tumeur ainsi détachée par en bas est soulevée de bas en haut avec beaucoup de précautions car elle se déchire facilement, sans saigner trop abondamment. Avec un soin extrême, nous la détachons de nombreuses adhérences épiploïques et surtout de longs accolements de l'intestin grêle, qui est absolument confondu avec la tumeur en deux points, d'une part sur une longueur de 2 centimètres, décollés sans trop de difficultés, puis sur une longueur de 30 centimètres que nous décollons également, et enfin sur une grande surface du mésentère avec lequel la tumeur est abolument confondue. Les décollements terminés, la longue adhérence de l'intestin est réséquée, car il est impossible de faire la réparation de la paroi amincie.

Anastomose termino-latérale des deux bouts au bouton de Murphy. Suture du mésentère.

Péritonisation complète du petit bassin.

Après une heure et demie d'opération, nous terminons par une suture en un plan de la paroi. Tout est dans un état aussi satisfai-

sant que possible. Le pouls est faible. Injection intraveineuse et sous-cutanée de 2 litres de sérum.

Le lendemain la malade va aussi bien que possible ; le deuxième jour, elle rend des gaz ; elle est aujourd'hui, dix jours après l'opération, absolument guérie.

Élection d'un membre titulaire.

Liste établie par la Société de chirurgie.

(Comité secret.)

Première ligne.	M. Morestin.
Deuxième ligne	M. Souligoux.
Troisième ligne (ordre alphabétique. .	M. Auvray.
	M. Launay.
	M. Marion.
	M. Ombredanne.
	M. Thiéry.

Votants : 34.
Majorité : 18.

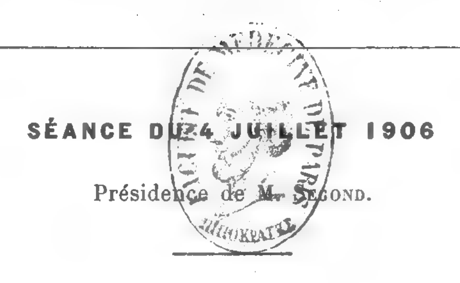
MM.	Thiéry.	obtient :	18	voix.
	Morestin.	—	13	—
	Souligoux	—	2	—
	Auvray	—	1	—

En conséquence M. Thiéry est élu membre titulaire de la Société.

Le Secrétaire annuel,

P. Michaux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 4 JUILLET 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. FÉLIZET et DELORME, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. JALAGUIER dépose sur le bureau de la Société un travail de M. FERRON (de Laval), intitulé : *Luxation traumatique du scaphoïde et du semi-lunaire gauche en avant. Impotence fonctionnelle absolue. Névrite du médian. Résection du poignet. Résultat excellent.*

M. DEMOULIN dépose sur le bureau la note suivante de M. MASSOULARD, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Troyes. Cette note est intitulée : *Tuberculose des ganglions iléo-cæcaux, ablation des ganglions tuberculeux et appendicectomie, intégrité de l'appendice. Guérison.*

Ce travail est envoyé à une commission dont M. DEMOULIN est nommé rapporteur.

Enfin M. LEJARS apporte, au nom de M. SZCZYPIORSKI, une série d'observations dont il est nommé rapporteur.

M. NÉLATON lit l'observation de M. BOUSQUET, membre correspondant.

Lecture.

Grossesse tubaire. Laparotomie. Ablation de la trompe. Blessure légère de l'intestin grêle en ouvrant l'abdomen. Suture. Formation d'adhérences épiploïques en ce point. Étranglement interne consécutif. Deuxième laparotomie. Guérison,

par M. le Dr H. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand), membre correspondant.

V... B..., caoutchoutière, vingt et un ans, entre à l'hôpital de Clermont-Ferrand le 6 février 1906, salle Fleury, n° 6, clinique chirurgicale. Réglée à treize ans, cette jeune personne a toujours eu des menstruations assez irrégulières; enceinte à dix-huit ans, elle a fait une fausse couche de trois mois; de nouveau grosse peu après, elle a accouché normalement il y a dix-huit mois, et prétend souffrir depuis sa couche. Les règles qui, depuis l'accouchement, étaient régulières, ont de nouveau été supprimées au mois de novembre, puis, après un retard de deux mois, sont survenues des pertes abondantes avec caillots. Ces pertes durent depuis trois semaines et s'accompagnent de douleurs, surtout accentuées à gauche; enfin, depuis quelques jours, la malade se plaint de souffrir en urinant.

Examen. — V... B... est une femme de petite taille, mais bien développée, pâlotte et amaigrie comme beaucoup d'ouvrières de fabriques. Son ventre est souple et, sauf les vergetures dues à la dernière grossesse, ne présente rien de particulier à la vue. La pression éveille une douleur localisée surtout dans les fosses iliaques, avec un maximum dans la fosse iliaque gauche. Au toucher, on trouve le col aplati, légèrement mou, dont l'orifice externe n'offre rien de particulier. L'utérus est peu mobile. Le cul-de-sac postérieur distendu et douloureux, la distension et la douleur augmentent lorsqu'on se porte à gauche; à droite, au contraire, le cul-de-sac est plus libre, moins résistant. De ce côté, le toucher, combiné à la palpation, permet de reconnaître l'intégrité à peu près absolue de l'ovaire et de la trompe; du côté gauche, au contraire, on sent une masse du volume d'une mandarine, qui tombe dans le Douglas; elle est très douloureuse. Pas de température. Est-on en présence d'une salpingite ou d'une grossesse extra-utérine? Étant donné le passé génital de cette

jeune femme, sa suppression de règle en novembre, les pertes survenues deux mois après, on conclut à une grossesse extra-utérine.

Opération le 13 juin. Anesthésie à l'éther. Après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, on soulève la séreuse péritonéale avec deux pinces pour éviter de blesser les organes sous-jacents en ouvrant le péritoine. Malheureusement, une anse intestinale est prise dans les mors de la pince et ouverte par le bistouri, dans une étendue de 2 centimètres environ. Cette petite plaie est immédiatement réunie par deux plans de suture, renforcés de trois sutures de Lembert. L'anse est rentrée dans l'abdomen. La femme mise en position déclive, on voit alors, dans la partie inférieure de l'abdomen et le petit bassin, une quantité de sang assez abondante. Rapidement, ce sang est épongé avec une compresse, puis on va à la recherche de la trompe gauche, prolabée dans le Douglas. Cette trompe est du volume d'une mandarine; elle a contracté, avec les organes voisins, des adhérences qui sont encore faciles à rompre; elle est saisie entre deux pinces près de la corne utérine et enlevée; on peut alors constater qu'elle a été le siège d'un commencement de grossesse tubaire avec avortement. Les annexes du côté droit sont examinées à leur tour et l'ovaire scléro-kystique ignipuncturé. La toilette du péritoine étant faite, l'abdomen est fermé par un seul plan de suture au fil de bronze. Grand pansement occlusif. Injection de sérum, 500 grammes.

Après une intervention aussi bénigne, nous étions en droit de compter sur des suites absolument simples, malgré le petit accroc du début. Cependant, dans la journée du 14, lendemain de l'opération, l'agitation de la malade est grande, la soif vive. Le 15, elle se plaint de coliques et a des vomissements attribués à l'absorption immodérée de liquides; la température vespérale qui, la veille au soir, a monté à 37°5, atteint 38 degrés. Le lendemain 16, légère amélioration; néanmoins, la malade est inquiète, agitée, la langue est sèche, légèrement rôtie; cependant, le pouls reste bon, non accéléré; il ne dépasse pas 70. Jusqu'au 19, cet état persiste; l'inapétence est complète; la jeune femme se plaint de coliques continues, bien qu'elle ait eu, à la suite d'un lavement, une évacuation abondante. Le 20 au matin, surviennent des vomissements abondants et porracés; à 11 heures, on défait le pansement, on enlève les fils de bronze. L'abdomen est souple, nullement distendu; toutefois, en l'observant attentivement, il semble faire deux étages; la partie sous-jacente à l'ombilic semble plus plate que celle qui est au-dessus. Le soir, à la contre-visite, la sœur du service nous présente une cuvette de vomissements

nettement fécaloïdes et nous prévient que le pansement, renouvelé le matin, est souillé de liquide en bas. Nous ouvrons le pansement et constatons une éventration de 4 centimètres environ, par laquelle on aperçoit les intestins. Un tampon de gaze est mis dans cet orifice et l'abdomen recouvert d'un pansement serré. Le lendemain 21, la malade affirme se trouver beaucoup mieux; malgré ses dires, elle est conduite à la salle d'opérations et endormie de nouveau à l'éther. Une pince est passée entre les lèvres de la plaie, qui se laisse désunir avec la plus grande facilité. Il n'y a pas eu de réunion. Les lèvres de la plaie ont un aspect terne et lardacé, sans aucune trace de réparation. Nous écartons les parois de l'abdomen à l'aide d'un écarteur à crémaillère, épuisons avec des compresses une certaine quantité de liquide, et avons alors sous les yeux deux plans bien distincts. Au-dessus, dans la portion sus-ombilicale de l'abdomen, les anses intestinales sont distendues, luisantes et rouges; en les soulevant avec une compresse, on voit, au-dessous de ces anses, d'autres anses, grêles, aplaties; le gros intestin tout entier est flasque. Ce sont là, à n'en pas douter, les signes d'un étranglement. Par quoi est-il provoqué? Où siège-t-il? Nous éviscerons sur des compresses les anses dilatées et arrivons à découvrir une bride épiploïque qui enlace l'intestin grêle et s'insère, par son extrémité, au niveau des points de suture que nous avons été obligé de pratiquer sur l'intestin pour réparer la malencontreuse section de cet organe lors de notre première opération. Ainsi adhérent par une de ses franges, l'épiploon forme, avec l'intestin, un anneau dans lequel ont glissé les anses intestinales. La portion sous-jacente à l'étranglement est constituée par la dernière portion de l'intestin grêle, qui mesure 1m50 environ. La bride était très lâche; l'intestin s'était étranglé par coudure sous son propre poids, ce qui explique la lenteur et la marche des phénomènes observés. Çà et là, dans l'abdomen, quelques fausses membranes et un peu d'inflammation. La bride est sectionnée entre deux ligatures; deux points superficiels réparent l'intestin un peu éraillé au niveau de la première suture. En bas, derrière le pubis, existe une autre bride épiploïque adhérente à l'intestin; elle est aussi sectionnée entre deux ligatures. La cavité abdominale est nettoyée et asséchée, un gros drain est laissé dans le Douglas; l'abdomen est refermé par trois plans de suture.

La malade est reportée dans son lit; réveil facile, suites normales. Dès le lendemain, le calme est revenu et, trois semaines après, V... B... sort de l'hôpital complètement rétablie. Nous la voyons de temps à autre et sa santé reste bonne.

Rapport.

Prostatectomie transvésicale avec suture de la vessie à l'urètre et réunion par première intention.
par M. Pierre Duval.

Rapport par M. F. LEGUEU.

La prostatectomie transvésicale gagne chaque jour du terrain sur la prostatectomie périnéale et pour presque tous ceux qui ont l'expérience de ces deux opérations, la prostatectomie de Füller-Freyer se montre préférable comme plus facile, plus simple, plus conservatrice pour les fonctions génitales. Sa gravité, bien que supérieure, n'est même pas très différente de celle de la prostatectomie périnéale, et dans mon rapport au Congrès de Lisbonne, je trouvais pour celle-ci environ 8 p. 100 et pour celle-là environ 12 p. 100 de mortalité.

Mais il est un inconvénient incontestable de la prostatectomie haute, c'est l'insécurité de ses suites, c'est la complexité des soins post-opératoires.

Freyer l'a bien compris et s'est attaché à préciser avec une grande richesse de détails la manière de traiter les malades après l'opération.

Et cependant je ne saurais considérer la technique de Freyer comme une sauvegarde : en m'y conformant de tous points, j'ai eu des insuccès, et je n'ai eu de bons résultats que lorsque je m'en suis évadé complètement.

Il ne fait pas d'hémostase, et par conséquent l'hémorragie primitive ou secondaire est toujours possible. Il draine par en haut avec le gros tube, et ce drainage n'est qu'illusoire.

Dans ce bas-fond vésical stagnent les urines septiques, et s'il n'y avait des litres d'antiseptique pour laver ces vessies dans un sens ou dans l'autre, on a bien l'impression que beaucoup de ces malades finiraient par septicémie précoce ou tardive.

Aussi, pour ma part, tout en me déclarant partisan absolu de cette prostatectomie haute, je n'ai cessé de critiquer les soins post-opératoires tels que les préconise Freyer, j'ai demandé l'hémostase et appelé sur ce point très spécial l'attention de ceux qui recourent à cette opération.

C'est à ce point de vue particulier que l'observation que M. P. Duval nous a lue dans une de nos dernières séances, est très intéressante. Elle a trait à une prostatectomie haute, après laquelle

M. Duval a suturé complètement la vessie à l'urètre, fermé complètement la vessie et obtenu une réunion par première intention.

Voici d'ailleurs l'observation exacte de son malade.

D..., cinquante-six ans, a des troubles de la miction depuis plusieurs mois. Le 24 avril 1906, à son entrée dans le service, il est en rétention complète avec distension et pisse par regorgement; il a le teint pâle terreux, de l'œdème des membres inférieurs; sa température est de 37°5. La vessie remonte à l'ombilic.

Les urines sont infectées, polyurie trouble de 3 litres. Prostate moyenne molle, 4 centimètres d'urètre prostatique à la palpation manuelle, lobe moyen. Le malade est soigné par le cathétérisme repété et quelques lavages au nitrate d'argent au millième.

Le 4 mai, prostatectomie tranvésicale avec l'assistance de M. Cauchois interne. Voici la technique suivie :

Position inclinée au maximum. Cystotomie large sur toute la face antérieure de la vessie et faite sans injection de liquide ou d'air dans l'organe. Des tampons sont placés dans le bas-fond pour recevoir l'urine au fur et à mesure qu'elle coule. Pas de sonde urétrale.

Incision circulaire autour du col de la vessie. Les lobes latéraux sont saisis l'un après l'autre avec une forte pince à traction. Un aide ganté élève la prostate par le rectum. Aux ciseaux courbes fermés et au doigt la prostate est dégagée circulairement, élevée en masse et d'un coup de ciseaux courbes, aussi haut que possible sous la commissure prostatique préurétrale, l'urètre est sectionné.

La prostatectomie est totale, la voie séminale est sectionnée de chaque côté.

La loge prostatique ne saigne pas.

Une sonde urétrale est alors introduite et permet de repérer le bord supérieur de la section urétrale. On procède alors à une suture de la muqueuse vésicale à l'urètre. La suture exacte n'est pas réalisée sur tout le pourtour, mais sur la demi-circonférence antérieure l'union vésico-urétrale est parfaite; dans la demi-circonférence postérieure la vessie est suturée à la paroi de la loge prostatique. En arrière, la muqueuse vésicale est unie à elle-même, si bien que la suture a la forme générale d'une raquette à queue postérieure. Une sonde béquille n° 24 est introduite dans la vessie.

Grâce à cette suture vésico-urétrale la loge prostatique est partout recouverte de muqueuse et le nouveau col de la vessie est a peine plus large que l'extrémité de la sonde n° 24.

Suture à trois plans de toute la paroi antérieure de la vessie, petit drainage prévésical. Suture de la paroi en unissant la vessie aux muscles par deux points. Sonde urétrale à demeure.

Les suites opératoires furent bonnes.

A la trente-sixième heure, la température atteint son maximum 37°8 puis quelques oscillations peu élevées, 37°6 au maximum. Le matin 36°8. Le pouls a été à 100 le deuxième jour.

Les quantités d'urine ont été : le premier jour 1.000 grammes, le

deuxième 1.200, le troisième 1.200, le quatrième plus de 2 litres, et la quantité s'élève progressivement à trois litres. L'incision sus-pubienne guérit par première intention; le drain est resté quarante-huit heures. La sonde est laissée en place neuf jours. Au matin du dixième jour, le malade pisse 400 grammes spontanément par l'urètre, puis 200 dans la journée. Par prudence, on remet la sonde à demeure pour la nuit, et à partir du onzième jour le malade urine complètement par l'urètre trois litres d'urine.

Les urines sont légèrement troubles, le cathétérisme fait après miction au dix-septième jour montre un résidu de 200 centimètres cubes qui persiste encore à la sortie du malade.

Dans les soins post-opératoires, il n'a été fait aucun lavage de la vessie ni de l'urètre, et pourtant les urines étaient infectées, mais la sonde à demeure drainait parfaitement.

Telle est l'observation de M. Duval ; elle est, dans l'histoire de la prostatectomie transvésicale, une innovation heureuse. Il a fait mieux que ce qu'on a fait jusqu'alors, et il sera suivi, j'en suis sûr.

Jusqu'ici, en effet, je ne connais qu'Israël qui ait cherché et obtenu des réunions par première intention à la suite de la prostatectomie transvésicale ; et encore, autant que je puis me rappeler la conversation que nous avons eue ensemble, à ce sujet, en octobre dernier, Israël n'a pas fait la suture de l'urètre à la vessie : il a tout simplement fermé la vessie, mis une sonde à demeure, et tous ces malades ont guéri : sur dix-huit malades qu'avait sa statistique au mois d'octobre, il ne comptait aucun mort.

Dans l'observation de M. Duval, le point intéressant n'est donc pas le fait d'avoir réduit le drainage à la seule sonde à demeure en fermant la vessie : ce qu'il y a de spécial et de nouveau dans son intervention, c'est qu'il s'est attaché à supprimer ce qui, jusqu'alors, avait fait obstacle à la fermeture de la vessie, il a supprimé par un adossement de muqueuse une cavité ouverte, une surface dénudée saignante et toute prête à l'infection. Il a appliqué là la règle de la chirurgie en vertu de laquelle les surfaces dénudées doivent être recouvertes et les espaces morts comblés. Et il a réussi. Il semble que la réunion de ces muqueuses ait été obtenue, et en tout cas son malade a guéri au point de vue opératoire plus vite et plus complètement que tous les autres malades que j'ai vus ou opérés.

Les avantages de cette façon de procéder ne peuvent donc aucunement être contestés en principe; en recouvrant de muqueuse la loge prostatique, on pare à l'hémostase, on enlève à l'infection une amorce, on couvre d'épithélium une surface sur laquelle la nature elle-même va lentement ébaucher des assises

épithéliales. Et même si la réunion ne devait pas se faire complètement de ces muqueuses adossées faiblement, si sur quelques points la désunion venait à se produire, ce qui est très vraisemblable, le résultat serait encore meilleur que si la loge avait été livrée à elle-même.

Pour faciliter cette suture M. Duval propose, et il a bien raison, de chirurgicaliser, si je puis dire, cette opération actuellement réduite à l'escamotage d'une prostate, au fond d'une plaie dans laquelle on ne voit rien et où on ne cherche pas même à voir.

Tout cela peut être amélioré: avec une incision un peu plus longue; avec une bonne inclinaison on peut opérer sous le contrôle de la vue, ce qui est très précieux.

Dans ces conditions, le doigt rectal n'est pas très utile et ne sert souvent qu'à fatiguer par un effort excessif celui qui l'introduit et le maintient.

M. Duval fait l'extirpation de la prostate à la pince de Museux et aux ciseaux. Pour le décollement de la prostate, elle-même, de sa face postérieure au moins, jamais les ciseaux ne vaudront les doigts qui tombent d'emblée dans le plan de clivage, le reconnaissent et le suivent.

Mais pour l'urètre, les ciseaux feront mieux que le doigt.

M. Duval coupe au ciseau et sous la vue l'urètre prostatique, il le repère avec une pince, et va ensuite le suturer aux lèvres libérées de la vessie. La vessie ne demande qu'à s'abaisser; l'urètre, lui, ne demande peut-être qu'à s'élever, et si on pouvait conserver une partie de l'urètre prostatique, ce serait déjà un grand lambeau de muqueuse prêt à s'appliquer sur la cavité de la loge et à la tapisser. Je demande en tout cas que l'on garde intacte la paroi antérieure de l'urètre prostatique, que l'incision initiale de la muqueuse ne soit pas péricervicale, mais respecte le devant du col.

En conservant intacte une bande de la paroi antérieure de l'urètre prostatique, on gagne de pouvoir repérer facilement l'urètre, de le maintenir plus rapproché de la vessie, et de laisser enfin en place un pont de muqueuse qu'il n'y a pas à suturer.

Mais après avoir signalé les avantages de la modification proposée par M. Duval, je ne puis m'empêcher de faire quelques réserves. Il ne faudrait pas en effet que, frappé par un résultat brillant, on considère cette technique comme la règle fondamentale à appliquer à toute prostatectomie transvésicale. Ce serait s'exposer à de cruelles désillusions.

D'abord, ces manœuvres sont très difficiles et très délicates: c'est dire qu'elles ne sont pas possibles chez tous les malades, elles ne le sont ni chez les gros, ni chez ceux qui ont une très grosse

prostate. Quand une prostate a 150 ou 200 grammes, elle remplit toute la vessie, quand elle y arrive, et on ne voit plus rien que son tissu.

En outre, la plupart de ces malades sont des infectés, et nous ne devons pas l'oublier, ils ne peuvent guérir qu'avec le drainage et qu'à cause du drainage. M. Duval nous dit bien que son malade était infecté : mais il y a infection et infection. Et en tout cas, il y a loin de la polyurie trouble de son malade, qui n'a été sondé que pour avoir, avant son opération quelques lavages de vessie à ces grands infectés que nous voyons ailleurs avec ou sans fièvre, avec une intoxication aiguë ou chronique, mais toujours profonde, et chez lesquels l'opération longtemps différée ne peut assurer la guérison qu'à condition que le drainage soit sûr, large et facile.

Dans ces cas-là, la vessie doit être laissée ouverte et drainée. Je suis très loin de partager la répulsion de Freyer pour la sonde à demeure. Je pense, au contraire, qu'elle est la meilleure manière de drainer la vessie. Je ne l'utilise pas les premiers jours, je place dans la vessie le tube de Guyon-Périer. qui draine vers l'urinal plus facilement que le tube de Freyer les urines, et pour empêcher l'hémorragie, je laisse dans la vessie à demeure un tamponnement à la gaze pendant les deux ou trois premiers jours. Une fois qu'il est enlevé, je mets une sonde à demeure.

Et depuis que je me suis conformé à cette technique, je n'ai plus eu d'accidents.

J'ai dit ce que je pensais de bien de l'observation de M. Duval. je n'ai pas à le répéter.

Je vous demande la permission de l'insérer dans nos Bulletins et de lui adresser nos félicitations et nos remerciements.

Communications.

Diverticule vésical développé dans l'épaisseur du col utérin simulant un fibrome pédiculé du col. Incision simple, guérison (1).

par M. CHAPUT.

Une malade de cinquante ans sans antécédents génitaux, raconte qu'il y a cinq mois elle a été prise brusquement de douleurs abdominales et de rétention d'urine incomplète; les mictions étaient difficiles mais le cathétérisme ne fut pas nécessaire.

On la traita par la térébenthine et les stigmates de maïs, mais les douleurs persistèrent sans amélioration notable. En même temps qu'apparaissait la dysurie, les règles devenaient abondantes et survenaient tous les quinze jours; ensuite elles devinrent permanentes; toutes ces raisons décidèrent la malade à entrer à Boucicaut le 13 juillet 1905. A *l'entrée*, l'état général est satisfaisant, la température est normale.

La malade urine péniblement, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine ni pus. Le ventre est douloureux à la pression au-dessus de la symphyse du pubis. On perçoit à ce niveau une tumeur dépassant la symphyse de quatre doigts environ.

Au toucher vaginal, énorme polype, dur, implanté sur le côté droit du col utérin, ne laissant pas percevoir la lèvre gauche du col ni son orifice.

Le polype mesure environ 8 à 10 centimètres de diamètre. Le diagnostic posé est : fibrome volumineux avec gros polype implanté sur le côté droit du col utérin, comprimant l'urètre.

Le 18 juillet 1905 je fais l'injection rachidienne de stovaïne.

Je vide la vessie à la sonde.

J'incise alors le prétendu polype en son point culminant, l'incision donne issue à une énorme quantité d'urine.

Explorant alors cette cavité, je constate qu'il s'agit d'un diverticule vésical contenant du muco-pus, et dont la muqueuse est infiltrée de phosphates pulvérulents.

L'orifice de communication du diverticule avec la vessie est recherché avec des instruments métalliques mais sans succès. Cependant, cette communication existe puisque, après avoir évacué la vessie avec la sonde j'avais constaté avant d'inciser que la pression sur la tumeur vaginale faisait sourdre par le méat une quantité importante d'urines.

Je constate avec le doigt que les parois du diverticule sont très épaissies. Par un canal en entonnoir à parois épaisses long de 4 à

(1) Observation rédigée par M. Marsan, externe des hôpitaux.

5 centimètres; on arrive sur un orifice utérin de 2 centimètres de diamètre limité par un anneau musculaire dur.

Après l'évacuation du diverticule le corps de l'utérus ne dépassait plus la symphyse du pubis.

Le traitement consécutif a consisté en sonde à demeure maintenue dans la vessie pendant plusieurs jours avec drainage spécial du diverticule.

Peu après l'opération la malade présenta des phénomènes fébriles avec une odeur gangreneuse du contenu du diverticule. Je fis faire chaque jour dans cette poche des lavages à l'eau oxygénée avec la sonde de Doléris.

La malade sortit à la fin d'août complètement guérie. Je l'ai revue en décembre 1905, la guérison se maintenait. Mon collègue, M. Michon, a bien voulu l'examiner au cystoscope, il n'a pas trouvé l'orifice du diverticule ni aucune dépression ou cicatrice pouvant en indiquer la situation.

Le col utérin s'est reformé avec une saillie et un aspect tout à fait normal.

Réflexions. — Voici comment je comprends la lésion constatée. Il s'agissait d'un diverticule de la vessie communiquant avec cet organe par un orifice *étroit*, puisqu'il n'a pu être retrouvé avec des sondes et puisque le diverticule se vidait assez mal.

Ce diverticule s'est placé, par rapport au col utérin, en avant, puis à droite, enfin en arrière, jusqu'au delà de la ligne médiane.

Nous pouvons affirmer que la poche diverticulaire était développée dans l'épaisseur du col utérin, car il n'y a que deux hypothèses à formuler à ce sujet : ou bien le diverticule siégeait dans l'épaisseur du col, ou bien il s'était coiffé de la muqueuse du vagin; dans ce cas, on n'aurait pas observé un sillon très profond à l'union de la tumeur et du vagin, la tumeur aurait soulevé en masse le vagin et n'aurait pas été pédiculée. La reformation du col, qui a suivi la guérison, est encore une preuve de ce que nous avançons.

La guérison obtenue si simplement par incision et drainage est intéressante à signaler, ainsi que le sphacèle de la muqueuse diverticulaire qui provoqua des accidents fébriles. Ceux-ci ne cédèrent qu'aux lavages à l'eau oxygénée.

Il est probable que la destruction de la muqueuse a été la cause de la guérison définitive de la poche anormale.

En somme, ce fait rare est caractérisé par un énorme diverticule de la vessie communiquant avec cet organe par un orifice étroit fonctionnant comme une soupape dans le sens du seul diverticule. Ce diverticule s'est développé dans l'épaisseur du col

utérin, qui a pris de ce fait un volume si considérable que la tumeur a pu être prise pour un énorme polype utérin.

Le travail si intéressant de Durrieux sur les diverticules de la vessie ne contient pas d'observation comparable à celle-ci.

M. Berger. — J'ai vu des diverticules contenus dans des hernies; ils étaient infiltrés de sels calcaires, et c'est ce caractère qui me les a fait reconnaître. Les parois de ces diverticules étaient souvent très épaissies et doublées d'une épaisse couche de tissu fibreux.

Fracture de jambe supra-malléolaire mal consolidée. — Résection diaphysaire supra-articulaire du tibia et du péroné. — Guérison parfaite avec conservation des mouvements,

par M. CHAPUT.

M. F..., âgé de quarante-trois ans, a été atteint, le 11 octobre 1904, d'une fracture du cou-de-pied pour laquelle il a été soigné à l'hôpital Laënnec où on lui appliqua un plâtre sous chloroforme. L'appareil fut enlevé le quarantième jour. Le malade déclare qu'à sa sortie de l'appareil, le pied était déjà dévié en dehors.

A l'entrée, il présente un pied en valgus très accentué ; il existe un fort coup de hache à la partie externe de la jambe, la région malléolaire interne est très saillante, le bord interne du pied est transporté en dehors, l'axe du tibia tombe sur le premier orteil.

La région malléolaire interne est le siège d'une énorme hypérostose.

La radiographie montre une fracture du péroné à 7 ou 8 centimètres de la malléole, consolidée à angle obtus.

Le tibia présente une fracture supra-malléolaire. Le fragment inférieur a subi un mouvement de rotation tel que le plafond de la mortaise tibio-tarsienne au lieu de regarder directement en bas, regarde en bas et en dehors.

Le trait de fracture passe à 2 centimètres au-dessus de l'articulation. Du côté externe, le fragment inférieur présente une pointe aiguë mesurant 4 à 5 centimètres de haut se perdant dans l'espace interosseux.

Le fragment supérieur tibial est taillé très obliquement en bas et en dedans, il a la forme d'un V dont le sommet correspond à la face interne de la base de la malléole interne. A la partie externe,

les tissus du fragment supérieur paraissent avoir subi un écrasement.

Le fragment supérieur fait une saillie très offensive dans la peau de la région interne.

La radiographie de profil montre que l'astragale est porté en



masse en arrière. Il existe une forte hypérostose tibiale en arrière du tibia, au-dessus de l'articulation.

Le pied est en valgus équin, la marche est impossible sans béquilles.

Le 26 janvier 1905, je fais une incision verticale sur le péroné, et je résèque 3 centimètres de cet os au-dessus de la malléole externe.

Je fais ensuite, sur la face interne de l'extrémité inférieure du tibia, une incision à volet mettant l'os à nu, j'enlève au ciseau u

coin de tibia à base interne haut de 3 centimètres environ, la partie inférieure du coin est située à 2 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Le redressement n'est pas encore possible à cause du massif osseux correspondant au fragment de l'espace interosseux. Ce massif est enlevé à coups de ciseau ; ce dernier obstacle supprimé, le redressement est facile et se maintient sans aucune difficulté.

Le foyer osseux est bourré à la gaze à l'ektogan et les incisions rétrécies par des sutures aux crins. Application d'un plâtre permettant les pansements faciles tous les dix ou quinze jours.

Guérison complète en quarante jours. Le pied est alors tout à fait droit, les mouvements complets et les fonctions parfaites.

Le procédé opératoire que j'ai employé n'est pas classique, mais il est très intéressant en ce sens qu'il respecte les surfaces articulaires et permet avec un redressement facile et complet, une conservation intégrale des mouvements du cou-de-pied qu'une résection de l'astragale ne conserverait pas complètement en même temps qu'elle occasionnerait un raccourcissement du membre.

Dans mon observation, une simple ostéotomie n'aurait pas suffi à procurer le redressement puisque, même après résection large, les fragments de l'espace interosseux empêchaient la correction.

L'examen de la radiographie nous montre qu'en raison de l'obliquité de la fracture, la réduction vraie était impossible à obtenir.

On pouvait à la rigueur placer le pied en adduction aux dépens de l'articulation médio-tarsienne, mais l'astragale ne pouvait être ramené en bonne position. C'est pourquoi la déviation du pied en valgus était fatale aux premiers efforts de marche, ce qui est arrivé en effet.

Il est donc avéré, et ceci est important pour dégager la responsabilité des chirurgiens, que bon nombre de fractures de la région du cou-de-pied peuvent être réduites en apparence, mais non en réalité, et que la mauvaise consolidation ne peut être évitée que par une opération.

Il y aura avantage à faire cette opération aussi tôt que possible. Je conseille donc de faire radiographier le membre dans le plâtre, et, si on constate que la réduction ne peut être réalisée par l'appareil, de pratiquer immédiatement une opération appropriée.

M. Berger demande à M. Chaput pourquoi, dans le cas présent, il ne s'est pas borné à recourir à l'ostéotomie transversale simple qui permet de remettre le pied dans l'axe de la jambe et donne une correction le plus souvent très satisfaisante de la forme et une bonne restauration de la fonction.

M. Quénu. — J'ai eu à traiter un certain nombre de fractures de Dupuytren vicieusement consolidées. L'ostéotomie *n'est pas toujours* suffisante pour amener une correction parfaite. J'ai obtenu de bons résultats avec la résection.

M. Demoulin. — La radiographie que notre collègue Chaput présente, à l'appui de sa très intéressante communication, montre qu'il ne s'agit pas d'une fracture type de Dupuytren, de la fracture bi-malléolaire par abduction de Tillaux, mais bien, d'une fracture insolite, de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe, qui se rapproche des fractures dites sus-malléolaires, dont les variétés sont, d'ailleurs, nombreuses.

Aussi bien ne m'occuperai-je pas de la communication de Chaput, mais, je tiens à répondre un mot, à ce que vient de dire M. Quénu, au sujet de l'ostéotomie de l'extrémité inférieure des os de la jambe, dans la fracture de Dupuytren, vicieusement consolidée.

M. Quénu, si je l'ai bien compris, a affirmé que l'ostéotomie linéaire du péroné, cunéiforme du tibia, ne donnait pas toujours de bons résultats, et, qu'il lui préférait la résection tibio-tarsienne.

Je crois la proposition ainsi formulée trop absolue, car les deux opérations, ostéotomie et résection, ont leurs indications particulières.

Je tiens à dire que, dans tous les cas où j'ai vu pratiquer, où j'ai pratiqué, moi-même, l'ostéotomie de l'extrémité inférieure des os de la jambe, pour fracture de Dupuytren vicieusement consolidée, avec déviation en valgus type, sans lésions graves de l'articulation tibio-tarsienne, les résultats ont été excellents.

Polaillon (1882), Poncet (1883), Doyen et Decès (de Reims) (1886), Terrillon (1888), Vautrin en 1890 (faits consignés dans la thèse de son élève Bertaux, Nancy), ont montré les brillants résultats de l'ostéotomie.

Le professeur Duplay a fait, sur le sujet qui nous occupe, des leçons cliniques que j'ai rédigées et publiées en 1893, dans la *Gazette des hôpitaux*, et il a inspiré la thèse de Junot (Paris, 1893); avec sa haute autorité, mon vénéré maître, a fait ressortir les bons résultats de l'ostéotomie de l'extrémité inférieure des os de la jambe, dans les fractures de Dupuytren vicieusement consolidées.

Mais, ces résultats ne peuvent être obtenus que dans la fracture type, caractérisée par le valgus seul et sans, je le repète, lésions graves de l'articulation tibio-tarsienne.

Il est bien évident que, si on doit remédier, non seulement au valgus, mais encore à une subluxation du pied en arrière, sub-

luxation dans laquelle le bord antérieur du plateau tibial repose sur le col de l'astragale, et dont le regretté Tillaux, a montré la fréquence, que si on a affaire en même temps qu'au valgus à une ankylose plus ou moins serrée et en position vicieuse de l'articulation tibio-tarsienne, à des lésions de l'astragale (plus fréquentes qu'on ne le croit généralement dans la fracture de Dupuytren), l'ostéotomie de l'extrémité inférieure des os de la jambe n'est plus de mise, et, que la résection tibio-tarsienne doit lui être substituée.

M. Kirmisson. — Je pense, comme M. Demoulin, qu'il y a une distinction importante à faire au point de vue du traitement entre les fractures sus-malléolaires et les fractures de Dupuytren. Quand il s'agit d'une fracture sus-malléolaire, l'ostéotomie simple ou cunéiforme peut suffire ; quand l'articulation est intéressée, comme dans la fracture de Dupuytren, il faut de toute nécessité recourir à la résection de l'articulation. J'ai fait autrefois bon nombre de ces résections orthopédiques qui m'ont fourni les meilleurs résultats. Depuis longtemps, je n'ai plus l'occasion d'en pratiquer, la fracture de Dupuytren n'étant pas observée chez les enfants.

Présentations de malades.

Arthrite fongueuse du genou.

M. Nélaton. — J'ai beaucoup admiré, dans une de nos dernières séances, un malade traité par M. Walther, pour une tumeur blanche du genou par la méthode des injections de M. Lannelongue. Mais je ne saurais assez vous faire remarquer que cette excellente méthode est toujours associée à la compression ouatée.

Je vous présente aujourd'hui un jeune homme de dix-neuf ans, que j'ai traité en 1902 jusqu'en 1904 pour une arthrite fongueuse du genou avec hydarthrose abondante et fongosités.

Il est aujourd'hui guéri, ainsi que vous pouvez le constater, il vient même d'être pris par le conseil de revision comme bon pour le service militaire, la petite atrophie des muscles fémoraux et les craquements légers qui persistent dans les mouvements de flexion, ne m'auraient peut-être pas permis d'espérer autant pour mon jeune malade, mais il est certain que son membre est aujourd'hui en parfait état. Or, il a été traité exclusivement par la compression ouatée.

M. Walther. — Le résultat que nous présente M. Nélaton est

parfait, et je ne puis que le féliciter de l'avoir obtenu par la simple compression. Puisqu'il s'agissait ici d'une forme atténuée, hydarthrose chronique avec épaisissement de la synoviale et quelques fongosités, il n'est pas surprenant que l'immobilisation et la compression aient donné un très bon résultat.

Chez la malade que je vous ai présentée il y a quinze jours, je crois que la simple compression n'aurait pas suffi, que j'aurais été conduit à faire une résection, et que c'est bien à l'application de la méthode sclérogène qu'elle doit l'intégrité actuelle de son articulation.

Il ne faut pas, je pense, opposer la compression à la méthode sclérogène. La compression et l'immobilisation restent la base de tout traitement de tumeur blanche. Les injections de chlorure de zinc permettent d'agir efficacement contre les fongosités, et même dans les formes graves, avec ostéite, avec abcès, ont le grand avantage de limiter les lésions et de rendre plus facile et plus conservatrice l'intervention chirurgicale, les résections partielles, le grattage, qui peuvent devenir nécessaires.

Ostéo-chondrome du maxillaire inférieur.

M. Mauclaire. — Je présente un malade âgé de cinquante-sept ans que j'ai opéré pour un *ostéo-chondrome du maxillaire inférieur* en janvier dernier à l'hôpital Dubois. La tumeur débuta par la face interne du maxillaire au niveau des incisives gauches, puis la face externe fut envahie. Au moment de l'opération, la tumeur externe avait le volume d'une grosse cerise, celle de la face interne était un peu moins volumineuse et bosselée. La tumeur débordait à droite la ligne médiane et s'avançait à gauche jusqu'à deux centimètres de la branche montante. Elle avait une coloration blanchâtre ; la muqueuse ne présentait pas d'ulcération ; la consistance était très ferme. La dentition apparaissait normale. Dans les loges sous-maxillaires il n'y avait aucun ganglion appréciable à la palpation.

J'ai pratiqué la résection de presque toute la branche horizontale du maxillaire. Un appareil prothétique a été adapté immédiatement par le Dr Beliard. Le résultat immédiat a été satisfaisant.

Un deuxième appareil prothétique définitif a été placé deux mois après.

On voit que le résultat a été excellent au point de vue fonctionnel et esthétique.

Le professeur Cornil a bien voulu examiner la pièce : il s'agit d'un ostéo-chondrome d'origine périostée de nature bénigne comparable aux exostoses sous-cutanées des orteils et autrefois décrit dans le cadre des sarcomes ossifiants. A l'œil nu, la plus grande partie de la tumeur est nettement cartilagineuse, lobulée, semi-transparente à reflets blanc-bleuâtres, ferme et élastique, Au voisinage de l'os, dans une étendue de près d'un centimètre. la néoplasie paraît ossiforme. L'examen histologique complet à été publié dans les bulletins de la Société anatomique (février 1906, page 121).

M. Pierre Sebileau. — Le cas du malade de M. Mauclaire est intéressant. Le résultat opératoire est satisfaisant; la plastique faciale n'est pas en trop grande souffrance, la prothèse est bonne et l'articulation dentaire, grâce à cette prothèse, se fait bien.

Mais je viens de relever dans la communication de notre collègue un mot qui m'a frappé; ayant examiné son malade, M. Mauclaire s'est décidé à l'opérer et à pratiquer sur lui la résection du segment antérieur de l'arc mandibulaire sans savoir, au juste, de quel mal était atteint cet os dont il allait faire le sacrifice, hésitant entre l'épithélioma et le sarcome, croyant plutôt au sarcome mais ne se doutant pas le moins du monde qu'il pouvait s'agir d'une tumeur bénigne. Or, c'était précisément ici le cas, ainsi que l'a démontré l'examen histologique du professeur Cornil.

Il y a un enseignement à tirer de ce fait. Je crois qu'il ne faut jamais, dans un cas de tumeur de la mâchoire inférieure, entreprendre une résection typique, régulière, de toute l'épaisseur de l'os (si peu étendu que doive être le segment enlevé), sans avoir pratiqué une biopsie préalable ou, à défaut de celle-ci, si le néoplasme ne bourgeonne pas dans la bouche, sans avoir, au début de l'opération, pratiqué une sorte d'incision exploratrice de la tumeur. Cette incision permet quelquefois de redresser un diagnostic erroné et de remplacer une résection typique, toujours grave de conséquences au point de vue plastique et au point de vue fonctionnel, par une destruction atypique, une sorte de curettage osseux profond et étendu, tout aussi capable d'assurer la guérison du processus et ménageant d'autre part la continuité de la mandibule.

J'ai eu plusieurs fois à me louer d'avoir apporté dans ma conduite une pareille méthode. Mon maître Quénu m'avait un jour

confié, dans son service, au moment de partir en vacances, une femme qu'il croyait, et que je croyais, comme lui, atteinte d'un sarcome de la mâchoire. Je devais pratiquer l'hémirésection; une ouverture chirurgicale de la tumeur, au début de l'opération, me fit tomber sur un grand kyste : simple destruction par curettage. Il y a deux ans, dans mon service de Lariboisière, vint échouer un malade à qui deux des membres de cette Société avaient proposé la résection mandibulaire pour tumeur maligne. Je fis le même diagnostic que mes collègues et conclus comme eux à la nécessité d'une opération radicale et mutilante. Mais instruit par l'expérience, je me décidai pour une incision exploratrice préalable et expliquai à mes élèves les raisons de ce premier temps opératoire dans une leçon que je fis, sur ce malade, devant eux.

Ici, encore, je tombai sur un énorme kyste mandibulaire. La cavité de ce kyste était, sur un point, bourgeonnante. Je pratiquai une résection atypique, un curettage étendu de toute la cavité. La continuité de la mâchoire ne fut pas détruite. J'ai eu depuis lors, des nouvelles du patient qui a guéri.

Une autre fois enfin, j'ai grugé, détruit à la rénette, une tumeur de la mâchoire inférieure pour laquelle je n'aurais pas hésité à pratiquer la résection typique si l'incision exploratrice ne m'avait pas permis de reconnaître, contrairement au diagnostic de sarcome que j'avais porté, le parenchyme caractéristique de l'enchondrome, néoplasme bénin des mâchoires, et si je n'avais pas été, d'autre part, poussé par la qualité de la patiente (il s'agissait d'une jeune fille), à une grande réserve chirurgicale.

C'est depuis cette opération, qui s'est terminée par la guérison définitive, et qui est la première en date, que je suis devenu circonspect en matière de résection de la mâchoire inférieure et que je n'entreprends pas l'opération typique avant d'avoir exploré les lésions.

Il y a, au point de vue de la plastique et des fonctions, un abîme entre la résection atypique qui détruit sur place le néoplasme et laisse une bande d'os qui assure du même coup la continuité de l'arc mandibulaire et la permanence de l'articulation dentaire, et la résection typique de toute l'épaisseur de l'os qui, pour aussi réduit que soit le segment enlevé, défigure la face et rend la mastication à tout jamais impossible sans prothèse.

Eh bien, je me demande, sans faire en aucune manière le procès de l'opération pratiquée par notre collègue Mauclaire, si, étant donné qu'il s'agissait d'une tumeur tout à fait bénigne, il n'aurait pas été possible de pratiquer simplement sur son patient le « renétage » de l'os. On aurait sans doute ainsi détruit tout le

néoplasme et tout porte à croire qu'on aurait pu conserver, pour assurer la continuité de l'arc mandibulaire, une bandelette du rebord basilaire, lequel, en raison de son épaisseur, résiste ordinairement longtemps à l'évolution de toutes ces tumeurs bénignes de la mâchoire. Il faut d'ailleurs si peu de chose pour empêcher le flottement et le chevauchement des fragments!

M. Mauclaire. — L'observation de notre collègue Sebileau est très exacte; l'incision exploratrice de ce genre de tumeur est toujours indiqué. Si je ne l'ai pas faite, c'est que l'excision totale ne me paraissait pas possible sans réséquer le maxillaire sur une étendue d'au moins 5 centimètres; la tumeur occupant largement les deux faces de l'os.

Résultat éloigné d'une urétéro-cystonéostomie pour rétrécissement de l'uretère.

M. F. Legueu. — Je vous présente une malade sur laquelle j'ai pratiqué, il y a deux ans, une urétéro-cystonéostomie pour un rétrécissement de l'uretère. Cette malade, âgée de quarante-sept ans, et mère de quatorze enfants, avait subi un an avant une hystérectomie vaginale pour fibrome.

A la suite de cette opération, elle avait eu une fistule urétéro-vaginale, puis, peu à peu, cette fistule s'est fermée spontanément en même temps que l'uretère se rétrécissait progressivement. En effet, elle présentait des crises douloureuses dans le rein droit tous les huit ou dix jours.

La division des urines nous donnait à gauche (rein sain) des urines claires, et à droite, rien.

Le cathétérisme de l'uretère montrait que l'uretère était imperméable à deux centimètres au-dessus de la vessie, mais l'oblitération n'était pas complète, car on voyait au cystoscope une éjaculation purulente absolument évidente.

J'opérai cette malade le 18 novembre 1904.

J'ai l'habitude de toujours pratiquer cette opération en dehors du péritoine, mais cette façon de procéder a un inconvénient qui est de ne pas permettre de découvrir facilement l'uretère. Aussi, j'ai l'habitude de procéder comme suit :

Par une incision médiane, je décolle le péritoine jusqu'au détroit supérieur : si je découvre l'uretère, je termine l'opération comme je le dirai plus loin. Si, au contraire, je ne le vois pas, ce qui

arrive très souvent, j'ouvre alors le péritoine sur la ligne médiane : grâce à cette laparotomie médiane, je puis facilement voir où est l'uretère. Je le reconnais, note sa présence, et referme alors le péritoine.

Je termine l'opération en dehors du péritoine, en séparant l'uretère des parties voisines et en le sectionnant à la partie la plus accessible de la vessie.

C'est ainsi qu'il fut procédé chez cette malade.

L'uretère très élargi, très dilaté, fut implanté au sommet de la vessie.

Et, à partir de ce moment, cette malade n'a plus jamais eu de crises : elle a engraissé, et ceci permettait déjà de penser que son rein fonctionnait normalement.

Je l'ai examiné au cystoscope : on voit l'orifice urétéral nouveau ressemblant absolument à un orifice normal et siégeant au sommet de la vessie.

Je l'ai fait cathétériser par M. Pasteau, qui a pu enfoncer à 18 centimètres la sonde urétérale : le rein se vide parfaitement ; l'éjaculation urétérale est normale, et il n'y a pas trace de rétrécissement à l'entrée de l'uretère. C'est donc un résultat à tous points de vue parfait.

M. Bazy. — Je remercie M. Legueu d'avoir apporté un cas aussi démonstratif à l'appui de l'opinion que j'ai soutenue ici, à savoir que la cessation des accidents pour laquelle l'opération anaplastique a été faite, était la preuve manifeste que cette opération avait rempli son but. J'ai cité ici des cas non seulement d'urétéro-cystonéostomie, mais d'urétéro-pyélonéostomie dans lesquelles j'ai pu affirmer aussi que la cessation des accidents immédiatement après l'opération, impliquait l'idée du rétablissement de la circulation urinaire aussi complet et aussi parfait que possible.

De l'emploi de l'eau salée dans le traitement de la tuberculose externe.

M. Paul Reynier. — Au dernier Congrès de la tuberculose, j'ai, pour le traitement des lésions et des plaies bacillaires, préconisé l'emploi d'une solution d'eau salée, dans la proportion de 40 à 60 grammes d'eaux mères de Salins, ou de Salies, ou de toute autre eau chlorurée sodique similaire, bouillie dans un litre d'eau.

Je viens aujourd'hui vous présenter un malade dont la guérison

montre bien l'efficacité de ces eaux, telle que je l'ai avancée.

C'est un homme de quarante-deux ans, auquel j'ai fait une résection du coude gauche, dans des conditions déplorables et très hasardeuses pour la réussite. Car il s'agissait d'une tumeur blanche suppurée, avec abcès volumineux ouvert au dehors, par conséquent tumeur blanche infectée. Or, il y a longtemps que j'ai fait remarquer combien ces interventions partielles, ces résections dans les tuberculoses articulaires ouvertes sont périlleuses et donnent des résultats le plus souvent déplorables.

J'opérai toutefois cet homme, qui tenait à conserver son membre, et j'ouvris deux ou trois foyers suppurés s'infiltrant entre les muscles. Je fus obligé de réséquer des surfaces osseuses sur une assez grande étendue, au milieu de fongosités abondantes. Je nettoyai le mieux que je pus. Mais, comme il arrive presque toujours en pareille circonstance, je laissai encore beaucoup de fongosités, et je terminai en drainant largement.

Or le quatrième jour la température montait à 39°8; je défaisais le pansement, et trouvais le coude rouge, tuméfié, de la sérosité louche s'écoulant par le drain.

Le lendemain, la température était encore élevée, avec une grande oscillation.

C'est alors qu'enlevant tout pansement, je mis le bras de ce malade dans un bain d'eau salée, composé comme je l'ai dit plus haut, et ordonnai de le laisser dans ce bain, le plus qu'il pouvait, six heures par jour, trois le matin, trois le soir. Quand on le retirait du bain, on lui entourait de compresses trempées dans l'eau salée, le coude.

Or sous l'influence de ce traitement, peu à peu tout phénomène inflammatoire disparaissait, le coude diminuait, et peu à peu le trajet du drain se fermait.

Aujourd'hui je vous présente cet homme complètement guéri, se servant de son bras, et le coude ne présentant rien de suspect, comme tuberculose.

M. Quénu. — Je ne puis laisser dire que les résections du coude pour tuberculose articulaire soient « des opérations périlleuses »; j'ai fait au dispensaire Pereire depuis vingt ans de très nombreuses résections du coude, je n'ai jamais observé d'accidents et les résultats fonctionnels ont été en général excellents; je constate le bon résultat de M. Reynier, mais je prétends qu'on peut en obtenir de pareils sans plonger le coude dans l'eau salée.

M. Paul Reynier. — Je répondrai à M. Quénu que je n'ai jamais dit qu'il fut périlleux de faire des résections du coude pour tumeur blanche, non ouverte. Mais je maintiens qu'il n'en est plus de

même quand nous nous trouvons en présence d'une tumeur blanche ouverte, avec abcès communiquant au dehors. Dans ces cas, le pronostic change du tout au tout. Et bien souvent des résections faites dans de pareilles conditions ont abouti à l'amputation. Et s'il n'y a pas péril pour la vie, il peut y avoir péril pour le membre.

Et lorsque nous voyons à la suite d'une ouverture articulaire la fièvre survenir, des phénomènes d'infection se produire, nous avons toute raison de nous alarmer.

Si par contre, nous avons, comme tous les faits que j'ai observés semblent le prouver, dans l'eau salée un antiseptique puissant dans les cas de plaies tuberculeuses, il est bon de ne pas le dédaigner; car nous n'avons pas trop d'adjuvants de nos opérations en pareil cas, et je crois rendre service en le faisant connaître.

Cancer du colon iliaque.

M. MICHAUX. — Je présente à la Société le malade auquel j'ai enlevé le cancer de l'S iliaque que je vous ai présenté à la dernière séance.

Il y a aujourd'hui dix-huit jours de son opération et vous voyez que mon opéré est aujourd'hui dans un état très satisfaisant.

Présentations de pièces.

Épithélioma de la partie inférieure de l'uretère.
Résection urétéro-vésicale.

M. ALBARRAN. — Une femme âgée de trente-quatre ans présentait depuis deux ans des hématuries abondantes et répétées, non modifiées par le mouvement ou le repos. L'examen cystoscopique me fit voir sortant de l'uretère droit et pénétrant dans la vessie une petite tumeur mamelonnée d'aspect épithéliomateux. Par le toucher vaginal on sentait une induration englobant la partie inférieure de l'uretère, qui s'étendait jusqu'à la paroi pelvienne. Le rein du côté droit paraissait augmenté de volume et sensible à la pression; la malade se plaignait de douleurs spontanées vagues de ce côté.

Je diagnostiquai un épithélioma de la partie inférieure de l'uretère avec hydronéphrose consécutive et je résolus de l'extirper.

Avant l'opération je plaçai dans l'uretère gauche, du côté sain,

une sonde drain n° 10, qui reste à demeure pour empêcher l'urine de passer par la vessie.

Longue incision partant près de la ligne médiane, à deux centimètres au-dessus du pubis, suivant l'arcade de Fallope jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure et remontant ensuite un peu oblique en dehors jusque sous les côtes. Décollement du péritoine. Ligature de l'hypogastrique. En suivant l'uretère, libération de la tumeur de haut en bas aussi loin que possible. Incision de la vessie de dehors en dedans, sur le côté contournant l'orifice urétéral; la collerette vésicale est prise dans une pince avec la partie inférieure de la tumeur que je finis par enlever complètement de bas en haut. Suture de la vessie en surjet. Suture du péritoine déchiré. Fermeture de la plaie avec drainage en bas, laissant dans la partie supérieure une portion dans laquelle j'ai abouché l'uretère dilaté à la peau.

La malade, opérée hier, va bien.

M. Guinard. — Je demanderai à M. Albarran pourquoi il a terminé cette très intéressante opération par un abouchement de l'uretère à la peau. N'est-il pas plus simple et plus avantageux, en pareil cas, d'aboucher l'uretère dans le segment du gros intestin le plus voisin, comme je l'ai fait après Michaux et d'autres?

Pyélonéphrite calculeuse. — Néphrectomie.

M. Bazy. — La pièce que je vous présente est une pièce banale de rien atteint de pyonéphrose calculeuse. Je vous la montre d'une part, parce que je l'ai enlevée sans l'ouvrir, comme une tumeur, par néphrectomie lombaire sous-capsulaire, et surtout parce qu'elle est encore pour moi l'occasion d'affirmer ici des idées que je soutiens depuis longtemps, à savoir qu'il ne faut faire supporter aux malades que le minimum de manipulations pénibles ou dangereuses nécessaires à établir un diagnostic et à poser une indication thérapeutique.

Le diagnostic de pyélonéphrite calculeuse gauche était, je puis dire, facile à établir, la quantité de pus émis ne pouvant être expliquée que par une lésion de l'appareil urinaire supérieur, le calcul donnant lieu aux symptômes classiques de l'hématurie et de la douleur apparaissant par le mouvement et cessant par le repos, et une tumeur manifeste existant dans le flanc gauche.

Restait à savoir si le rein droit était sain: d'aucuns auraient fait ou la séparation intra-vésicale de l'urine des deux reins, ou le

cathétérisme de l'uretère : j'ai pensé que je pouvais éviter à mon malade des manipulations pénibles et douloureuses ou dangereuses, et je me suis borné à faire l'épreuve du bleu de méthylène. Celui-ci s'est éliminé dans des conditions satisfaisantes, dont le rein doit était suffisant et alors j'ai fait la néphrectomie il y a deux jours.

Le premier jour, le malade éliminait 700 centimètres cubes.

Le deuxième jour, le malade éliminait 1.200 centimètres cubes d'urine chargée de sels.

Il n'y a pas d'insuffisance rénale, et je ne doute pas que cette opération ne se termine par la guérison.

Ces jours derniers, notre collègue correspondant étranger de la Société de chirurgie, Héresco, de Bucarest, publiait plusieurs cas de néphrectomie, et à ce sujet il se déclarait partisan enthousiaste des méthodes nouvelles d'exploration de la valeur fonctionnelle du rein ; et par une singulière contradiction, il publiait un cas de néphrectomie faite avec succès sur un malade chez lequel il n'avait pas pu les appliquer. Il se contenta d'une méthode moins opératoire, mais qui est aussi sûre, ainsi que l'évènement l'a aussi prouvé chez son malade : pourquoi donc en employer d'autres moins simples et pas plus sûres.

J'ai fait faire des radiographies, parce qu'il n'y a aucune espèce d'ennui ni de danger à se faire radiographier.

J'ajoute que ce malade se trouve couché dans un lit où j'ai extirpé aussi avec succès un rein atteint de pyélonéphrite, et auquel je n'avais pas non plus fait de séparation. Au reste, je pourrai multiplier les exemples.

Ostéomyélite prolongée de l'humérus droit. Retour à l'état aigu.

M. Moty. — Les pièces que j'ai l'honneur de présenter proviennent d'une autopsie faite ce matin même.

Voici l'observation du malade recueillie par M. le médecin aide-major Chatain :

Garçon de bureau dans un ministère, trente-sept ans, originaire des Vosges.

Antécédents. — Fièvre paludéenne et piqûre de pointe de bambou, il y a dix ans, au Tonkin (dont il est revenu depuis neuf ans).

A eu des furoncles il y a quelques années.

Entre à l'hôpital militaire Saint-Martin le 21 juin pour douleurs de l'épaule droite survenues après un travail pénible des bras (a fauché

du gazon). Aucun gonflement, mouvements libres, pas de douleurs à la pression; traité comme rhumatisant.

La situation se modifie peu à peu, et l'on se trouve le 25 *juin* en présence d'un phlegmon diffus, attribué par le malade à une écorchure survenue quelques jours auparavant. Pansements humides au sublimé; détente, chute de la température.

30 juin. Aggravation persistante, chloroformisation, longue incision suivant la cloison intermusculaire externe, foyers purulents multiples dans tout le bras, humérus dénudé sur un point, à 4 centimètres de sa tête; évidement; ébouillantage des tissus; lavage au formol; pansement avec des tampons formolés bien exprimés, sans réunion : suites favorables d'abord, nouvelle chute de la température; disparition des douleurs, mais pneumonie étendue, asphyxie progressive et mort le 3 juillet.

L'autopsie pratiquée ce matin offre un grand intérêt : on a beaucoup de peine à sectionner l'humérus au-dessous de l'ouverture qui y a été pratiquée, tant est dur son tissu. La coupe longitudinale passant par l'évidement montre qu'il y a de petits foyers purulents dans la tête humérale et dans la partie supérieure de l'os jusqu'au point d'évidement; par contre, la cavité médullaire est réduite à un mince canal à partir de ce point.

Infarctus pulmonaires multiples, foie brun-bleuâtre ramolli, rate de même couleur et de même consistance, pesant 300 grammes. Rien de notable dans les autres organes.

En résumé, l'intérêt de l'observation se concentre dans l'examen de la pièce osseuse montrant qu'il existe une sclérose osseuse étendue de la partie supérieure de l'humérus droit, paraissant indiquer une infection ancienne de cet os par le staphylocoque, restée latente pendant plusieurs années et réveillée brusquement par une fatigue banale. Ce fait semble pouvoir rentrer dans la catégorie des ostéomyélites névralgiques de Gosselin, mais il est inopinément ramené au type de l'ostéomyélite infectieuse aiguë, dans des conditions qui rendent le diagnostic d'autant plus difficile que malgré l'ostéomyélite chronique et l'obturation du canal médullaire, le malade n'avait jamais ressenti aucune douleur.

Présentation d'instrument.

Seringue vésicale stérilisable.

M. Albarran présente, au nom de M. de Sard, une seringue vésicale stérilisable. Cette seringue, dont la capacité est de

140 centimètres cubes, a un corps en verre et un piston plein fait de la même substance. Son fonctionnement est parfait; elle est facilement stérilisable par l'ébullition, et présente le grand avantage de la continuité du bon fonctionnement, même lorsque depuis longtemps on ne s'en est pas servi.

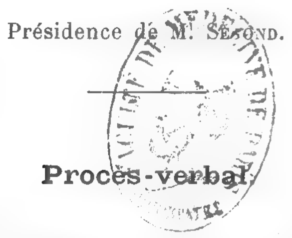
Le Secrétaire annuel,

P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1906

Présidence de M. SEGOND.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. LEGUEU dépose sur le bureau un travail de M. BARNSBY, intitulé : *Plaie grave de la rate par coup de couteau, guérie par la splénectomie.*

Ce travail est envoyé à une commission dont M. LEGUEU est nommé rapporteur.

M. BROCA apporte un mémoire de M. GAUDIER (de Lille), intitulé : *Tumeur ulcérée du pli de l'aine guérie par la radiothérapie.*

Travail renvoyé à une commission dont M. BROCA est nommé rapporteur.

M. POTHERAT dépose sur le bureau une observation de M. le Dr DELANGRE, de Tournai (Belgique), intitulée : *Péricolite adhésive, sténosante.*

Cette observation est renvoyée à une commission dont M. POTHERAT est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Fracture sus-malléolaire.

M. Routier. — A propos du cas de déviation secondaire dans une fracture sus-malléolaire, cité par notre collègue et ami Chaput, il me paraît intéressant de vous rapporter le fait suivant.

Un homme jeune et bien constitué est entré dans mon service vers le 10 juin, pour une fracture sus-malléolaire; la déformation n'était pas très forte, la réduction fut facile, et on appliqua un plâtre.

Le 30 juin, je faisais enlever le plâtre et je constatais que mon malade avait bien son pied dans le bon axe, que l'articulation tibio-tarsienne ne présentait pas de mouvements anormaux.

Le malade fut mobilisé dans son lit, puis se leva, et il devait partir pour Vincennes, quand le 5 juillet, au moment de signer sa sortie pour l'asile de convalescence, je revis son pied.

La déviation en valgus était manifeste, et je le fis remarquer à mes élèves, leur rappelant ce qui avait été dit précisément sur les cas analogues.

Je fis endormir le malade, car la réduction n'était pas possible, tous les muscles étaient fortement contracturés. Sous le chloroforme la réduction fut facile et un plâtre réappliqué. Il me paraît aujourd'hui en bonne situation, et je le ferai radiographier.

J'ai appris depuis qu'il avait fait un faux pas, presque une chute, ce dont il s'était bien gardé de parler. Je me demande si bien souvent il n'arrive pas de pareils accidents à la suite des consolidations de fractures, et si les déviations consécutives, sollicitées il est vrai, par la contraction du muscle avoisinant, ne sont pas aussi dues à quelque faux pas ou à quelque chute qui dévie un cal encore malléable.

Rapports.

Deux cas de suture du cœur, par M. Camus, interne des hôpitaux.
Un cas de suture avec massage du cœur, par M. Lenormant, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. E. ROCHARD.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur trois cas de suture du cœur qui vous ont été adressés. Les deux pre-

mières observations sont dues à M. Camus, interne des hôpitaux, qui a opéré deux malades dans mon service de l'hôpital Tenon, et la troisième m'a été communiquée par notre collègue des hôpitaux, M. Lenormant.

Quoique aucune de ces interventions ne se soit terminée par la guérison, elles ont cependant leur intérêt. Voici les observations *in extenso* sur lesquelles je n'insisterai pas, me bornant à relever ce qu'il y a d'intéressant dans chacune d'elles.

Obs. I. — *Plaie de la plèvre gauche, du péricarde et du ventricule droit. Intervention. Mort la vingt-deuxième heure après l'intervention.* — Observation de M. Camus, interne des hôpitaux.

Dans la nuit du 6 au 7 mai, vers trois heures du matin, P... (Jules), quarante-trois ans, domestique, était ramassé par des agents sur la voie publique, où il venait d'être frappé de deux coups de poignard. Il fut immédiatement transporté à l'hôpital Tenon.

A son arrivée dans le service de notre maître, M. le Dr Rochard, le malade est très pâle, son visage exprime l'angoisse, sa respiration est rapide et superficielle. Le pouls radial est à peine perçu, tandis que les extrémités des membres paraissent refroidies. Malgré sa grande faiblesse, le malade est agité et inquiet; il paraît souffrir beaucoup, et ne pas avoir perdu toute son intelligence. Son haleine dégage une odeur fortement alcoolique. Il est porteur de deux plaies : l'une longue d'environ 2 bons centimètres est située dans le quatrième espace intercostal gauche, à un travers de doigt du bord gauche du sternum; elle a donné lieu à une hémorragie externe assez abondante, ainsi qu'en témoignent les vêtements du blessé inondés de sang; l'autre, longue de 1 cm. 5 à peine, siège au creux épigastrique et ne semble pas pénétrante. D'après l'aspect des lèvres de la plaie, le coup paraît avoir été porté presque parallèlement à la paroi; du reste, le ventre est souple, et ne présente aucune zone de matité anormale.

Par contre, revenant au thorax, on constate :

1° Qu'il existe une zone de sonorité exagérée allant de l'aisselle gauche au sommet gauche en avant, tandis que la partie postérieure du thorax est absolument mate (le malade étant couché);

2° Que les bruits du cœur ne sont plus perçus dans la région précordiale, mais semblent vaguement entendus sur le bord droit du sternum.

Nous portons le diagnostic de pneumothorax gauche avec plaie du cœur ayant déterminé un épanchement sanguin abondant dans la plèvre gauche et le péricarde; et en raison de la gravité de la situation, nous intervenons d'urgence.

Une anesthésie générale très légère est commencée vers trois heures quarante-cinq du matin pour être cessée du reste rapidement. Nous hésitons un moment sur la forme à donner au volet thoracique. En raison de la situation de la plaie cutanée très rapprochée du bord sternal, et du déplacement du cœur, qui semble refoulé à droite, nous

taillons un volet à charnière externe, mais plus rapproché de la ligne médiane que le volet classique, et comprenant dans son épaisseur les 3e, 4e et 5e cartilages costaux ainsi que presque toute la moitié gauche du sternum.

Nous avons procédé de la façon suivante : après avoir incisé les parties molles des 2e et 5e espaces intercostaux transversalement depuis le sternum jusqu'à la ligne mamelonnaire, nous pinçons la mammaire interne, qui est facilement reconnue. Puis nous prolongeons en dedans ces incisions jusque vers la ligne médiane, et à ce niveau, nous réunissons leurs extrémités par une incision verticale. Alors glissant notre index sous la face profonde du sternum au niveau des incisions transversales, nous décollons les parties celluleuses plus ou moins adhérentes qui s'y insèrent ; et sur notre doigt laissé en place comme protecteur, nous introduisons la pince coupante qui sectionne transversalement en haut et en bas la moitié gauche du sternum. Notre index protecteur resté en place pour décoller les parties molles intra-thoraciques et les récliner au-devant de la lame profonde de la pince coupante, nous redressons l'instrument afin de pratiquer la section verticale et médiane du sternum. C'est le temps qui nous a semblé le plus difficile ; mais nous sommes arrivés assez facilement à notre but en ayant soin d'arrondir assez fortement l'angle inféro-interne du volet. La section sternale terminée, le volet a été rabattu vers l'aisselle sans difficulté, les articulations chondro-costales formant pour ainsi dire une charnière naturelle.

Par l'ouverture ainsi pratiquée, nous pûmes voir tout le cul-de-sac antérieur de la plèvre gauche, où se remarquait près du bord antérieur une perforation correspondant à la plaie pariétale, quoique plus interne et de dimensions sensiblement plus étendues, et une très légère partie de la face antérieure du péricarde, qui était recouverte de tissu cellulaire graisseux et infiltré de sang.

Immédiatement, l'ouverture pleurale est agrandie, et nous enlevons de cette cavité de nombreux et volumineux caillots, car une très grosse hémorragie s'est faite dans la plèvre. Le poumon refoulé dans le sinus costo-vertébral et maintenu par quelques adhérences de sa face convexe ne présente aucune blessure. Explorant la paroi postérieure du cul-de-sac antérieur de la plèvre, notre doigt perçoit nettement le cœur qui bat, et une plaie située sur sa face antérieure.

La plèvre réclinée le plus possible à gauche, nous pouvons inciser verticalement le péricarde sur toute l'étendue de sa face antérieure. A l'ouverture, une certaine quantité de sang liquide apparaît sur la face antérieure du cœur, dont la face postérieure repose sur un volumineux caillot qui distend le cul-de-sac postérieur du péricarde. La plaie cardiaque est facilement reconnue. Longue d'un bon centimètre, elle siège sur la paroi antérieure du ventricule droit, près de la cloison, à l'union de ses deux tiers supérieurs et de son tiers inférieur. Un jet de sang noir sort à chaque systole dans le péricarde et se déverse secondairement dans la plèvre. Nous parvenons à passer un premier fil dans l'angle inférieur de la plaie ; nous voulons, après l'avoir noué, nous en

servir comme de tracteur, pour passer plus facilement le second fil; mais le tissu cardiaque se déchire et nous n'insistons pas. Alors nous plaçons une compresse sous le cœur et, fixant ses deux bords sans les comprimer avec l'index et le pouce de la main gauche, — ce qui peut se faire grâce à la brèche sternale, — nous parvenons à placer les points suivants. Un des fils ayant malheureusement traversé l'endocarde, l'hémorragie reparut plus abondante (nous avions employé un catgut assez gros n° 2); mais nous en eûmes vite raison avec deux ou trois points de surjet passés par-dessus les points séparés. Pendant la suture le cœur parut se ralentir, et le pouls disparut complètement à un moment donné; deux piqûres d'éther dans la cuisse et une injection de 1.000 grammes de sérum dans la saphène interne eurent vite ranimé et régularisé les contractions cardiaques, pendant que le pouls réapparaissait, très faible. L'hémorragie arrêtée, le péricarde fut bien nettoyé et refermé par un surjet de catgut; un petit drain y fut laissé au point déclive. La plèvre nettoyée rapidement et suturée à son tour, un autre drain y fut placé avec une lanière aseptique. Le volet replacé très exactement, les parties molles furent réunies et, après un pansement aseptique, le malade fut placé dans un lit bien chaud.

Revu quatre heures après l'opération, le malade s'est considérablement amélioré. Le pouls est plein, bien frappé, régulier à 110; la température est de 37 degrés. Les extrémités se sont réchauffées; le visage est toujours pâle, mais n'exprime plus la même angoisse qu'avant l'intervention. La respiration est un peu accélérée, mais il n'y a pas de dyspnée à proprement parler. Le blessé a recouvré toute son intelligence, raconte à ses voisins l'attentat dont il a été victime; il se plaint seulement d'une soif ardente. On lui donne comme boisson du thé légèrement alcoolisé.

Le soir, vers six heures, la situation s'aggrave très rapidement. La température monte à 39°5 pendant que le pouls devient plus rapide et plus petit; l'oppression se déclare et s'accentue rapidement, les extrémités se cyanosent. Enfin, le malade meurt avec une dyspnée très intense le 8 mai vers 2 heures du matin, ayant eu une survie opératoire de près de vingt-deux heures.

L'autopsie a été faite le 12 mai à la Morgue par M. le Dr Vibert, médecin légiste, qui a bien voulu nous remettre le cœur et nous permettre de faire avec lui les constatations suivantes :

1° La suture du cœur avait parfaitement tenu; le péricarde ne contenait pas de sang; seulement une très minime quantité de liquide louche humectait sa surface séreuse;

2° La plèvre renfermait encore un peu de sérosité, légèrement hémorragique;

3° Tout le poumon gauche était le siège de spléno-pneumonie massive; la crépitation vésiculaire faisait défaut; une notable quantité de liquide d'œdème et de sang s'écoulait à la coupe du parenchyme pulmonaire, chaque particule de poumon plongée dans l'eau tombait au fond du vase. Le poumon droit était le siège des mêmes lésions dans

ses deux tiers inférieurs. Ce sont évidemment ces lésions pulmonaires qui ont amené la mort rapide;

4° La plaie épigastrique était pénétrante mais ne s'accompagnait d'aucune lésion viscérale traumatique ni inflammatoire.

Obs. II. — *Plaie de la plèvre et du poumon gauche. Plaie du péricarde et du cœur (auricule gauche et ventricule droit au niveau de l'infundibulum de l'artère pulmonaire). Mort subite à la fin de la suture du cœur.*

H... (Lucien), dix-huit ans, menuisier, entre le 13 mai 1905 à l'hôpital Tenon, dans le service de notre maître M. le Dr Rochard. Il s'est porté une heure auparavant un coup de couteau dans la région du cœur. A son arrivée le blessé est extrêmement pâle; les lèvres, le nez et les paupières sont en même temps un peu cyanosés. La respiration est si légère qu'on la croirait tout d'abord suspendue. Le pouls radial est absent et les battements du cœur sont à peine perceptibles. L'intelligence semble avoir disparu. On remarque dans le 3e espace intercostal gauche, un peu plus près du mamelon que du rebord sternal, une plaie oblique de 2 bons centimètres, qui ne donne lieu à aucune hémorragie extérieure. En présence de cet état extrêmement grave, nous pensons à une plaie du cœur, et le malade est porté immédiatement sur la table d'opérations.

Nous taillons le volet classique à charnière gauche externe, mais comprenant quatre côtes, de façon à avoir plus de jour. Donc, après avoir sectionné au bistouri transversalement les 2e et 6e espaces intercostaux et verticalement les 3e, 4e, 5e et 6e cartilages costaux, nous tranchons au costotome au niveau de la ligne axillaire antérieure les 3e et 6e côtes alors que les 4e et 5e sont fracturées en rabattant le volet. Pendant cette manœuvre, la plaie pleurale a été agrandie; nous n'avons pris du reste aucune précaution pour la ménager afin de gagner du temps. Nous remarquons que l'arme a traversé le bord antérieur du poumon sur lequel une pince est placée provisoirement. Les gros caillots sanguins qui emplissent la plèvre sont enlevés, et sans tarder nous fendons le péricarde sur toute la hauteur de sa face antérieure. A peine cette incision du péricarde est-elle amorcée, que le sang maintenu sous pression dans sa cavité fait issue avec violence au dehors. Quelques compresses épongent suffisamment pour nous permettre d'apercevoir sur le ventricule droit, tout près du sillon interventriculaire antérieur et parallèlement à lui, à l'union de ses 2/3 inférieurs et de son 1/3 supérieur, une plaie de 15 millimètres environ, ouvrant l'infundibulum de l'artère pulmonaire. De parti pris, nous prenons le cœur dans notre main gauche, le pouce étant placé le long du bord droit et l'extrémité des autres doigts maintenant le bord gauche. Muni de la petite aiguille courbe de Reverdin et de catgut n° 0 nous procédons à la suture de la plaie de haut en bas. Cette suture est difficile en raison de l'état d'affolement du cœur, dont les battements sont tumultueux et désordonnés. Nous remarquons en passant que le catgut fin n° 0 a plus de tendance à couper le tissu cardiaque que le catgut plus gros n° 2, que nous avions employé dans l'observation I. La situation de la plaie nous

oblige à faire passer nos points de suture dans la graisse qui comble le sillon interventriculaire et dans laquelle sont noyés les vaisseaux coronaires antérieurs. La plaie ventriculaire est presque totalement suturée et néanmoins le péricarde continue à s'emplir de sang de façon très rapide. Nous écartons avec plus de soin les lèvres du péricarde à la partie supérieure de l'incision et nous apercevons une plaie de la pointe de l'auricule gauche. Cette plaie saigne très abondamment. Chaque systole de l'oreillette envoie à l'extérieur un jet sanguin comparable à celui que donnerait la section d'une artère d'un assez gros calibre. Une ligature en masse posée rapidement sur la pointe de l'auricule tarit cette hémorragie. Alors une compresse aseptique épongeant cœur et péricarde permet d'apprécier l'hémostase. Il ne persiste plus qu'un léger suintement au niveau de l'angle inférieur de la plaie ventriculaire. Un fil est passé à ce niveau. Mais au moment où le point est serré, le cœur cesse brusquement de battre, s'arrête brusquement en diastole.

Plaies du cœur, du foie, de l'estomac et de l'intestin, par balle de revolver; suture de la plaie du cœur, les autres lésions étant méconnues; mort. — Observation de M. Ch. Lenormant.

D... (Jean), dix-huit ans, cordonnier, amené à l'hôpital Boucicaut, le 16 août à 5 heures du matin.

Dans la nuit, vers une heure du matin, le malade s'est tiré quatre balles de revolver de petit calibre; trois dans la bouche: l'une est immédiatement ressortie en déchirant la commissure labiale gauche, une seconde s'est logée dans l'épaisseur de la joue gauche, la troisième a perforé la voûte palatine et s'est arrêtée à la partie antérieure de la région temporale gauche où on la sent par la palpation.

La quatrième balle a été tirée dans la région du cœur.

Le malade est amené à l'hôpital en voiture. Il est pâle, légèrement cyanosé, sans dyspnée; le pouls est petit, aux environ de 100. Le malade a toute sa connaissance et répond aux questions. Il ne se plaint d'aucune douleur. La plaie a peu saigné.

On fait immédiatement des injections d'éther, de caféine et de 500 grammes de sérum. Au bout d'un quart d'heure, le malade paraît mieux, mais vient de vomir un demi-verre de sang noir. Le pouls est plus fort, régulier, à 96; la respiration à 22. Le malade s'assied et parle sans difficulté.

La plaie siège entre la 5e et la 6e côte, au ras du bord gauche du sternum; elle est arrondie et présente les caractères ordinaires des plaies par balle de revolver. Elle est sèche. La pointe du cœur paraît en situation normale et le choc est bien frappé. La percusssion du malade couché ou assis, l'auscultation, ne révèlent rien d'anormal, bien qu'on ait pensé, dès ce moment, à la possibilité d'une plaie du cœur. La respiration est normale dans toute la hauteur des deux poumons; aucun signe d'épanchement pleural.

L'abdomen est souple, non douloureux. Mais à la fin de l'examen, le malade vomit encore quelques gorgées de sang noir.

La température est à 37°2.

Pendant la nuit, le malade s'est levé, est allé seul aux cabinets et a eu une garde-robe. Rien de particulier pendant les premières heures de la matinée.

Je vois le malade le 16 août à midi. Facies pâle. Pouls à 126, assez faible, avec des irrégularités. Respirations : 28. L'auscultation du cœur permet de reconnaître que les bruits sont assourdis, moins nets que normalement, sans aucun bruit anormal.

La partie supérieure de l'abdomen est douloureuse et assez fortement contracturée. Pas de vomissement nouveau.

Pensant à la possibilité d'une lésion du cœur ou d'une plaie thoraco-abdominale avec lésion des viscères de l'abdomen supérieur, on se décide à intervenir pour explorer le trajet. Cette intervention est faite immédiatement.

Anesthésie au chloroforme; le malade s'endort vite et bien. On débride la plaie et on constate immédiatement que le trajet s'enfonce au niveau d'un espace intercostal entre les 5e et 6e cartilages costaux. On poursuit ce trajet en réséquant à la pince-gouge l'extrémité du 6e cartilage. On constate que le trajet pénètre plus profondément et qu'il y a du sang épanché dans les tissus. Il y a donc une plaie pénétrante et l'on taille un lambeau à charnière externe formé par les 4e, 5e et 6e cartilages, lambeau qui est renversé en dehors. Au moment où on renverse le lambeau et où on fracture les côtes, la plèvre est largement déchirée et un pneumothorax total se produit. Le poumon est intact ; la plèvre n'avait pas été lésée par la balle.

On aperçoit alors la face antérieure du péricarde fibreux avec un orifice arrondi, du calibre exact de la balle d'où sort, sous pression, un jet de sang noir, gros comme le petit doigt, renforcé à chaque systole. On incise largement le péricarde qui est plein de sang noir et de caillots et on saisit immédiatement le cœur qui glisse dans la main, mais qui finit par être empaumé solidement de bas en haut et attiré au dehors. A ce moment précis, ses battements cessent et la respiration s'arrête. On reconnaît immédiatement, au niveau de l'extrémité inférieure du ventricule droit, très près de la pointe du cœur, une plaie longue de 15 à 20 millimètres, linéaire, à bords irréguliers, perpendiculaire à l'axe du cœur. Bien que la plaie soit pénétrante, elle ne donne plus de sang par suite de l'arrêt complet des battements. La plaie est suturée par trois points à la soie. Le cœur est remis en place et les caillots contenus dans le péricarde sont évacués.

A ce moment et depuis plusieurs minutes, le malade est en état de mort apparente. La respiration et les battements du cœur sont complètement arrêtés. Le muscle cardiaque est absolument flasque et ne répond en aucune façon aux pressions de la main. La face est pâle et cyanosée, les pupilles largement dilatées et l'œil vitreux. Les plaies que présente le malade sont absolument exsangues. L'aspect est celui d'un cadavre.

On ferme le péricarde par un surjet de catgut. Puis, bien que je sois persuadé que la mort est définitive, je continue à exercer sur le cœur, à travers le feuillet postérieur du péricarde avec la main introduite

dans le thorax, des pressions rythmées, pendant qu'un aide fait des tractions de la langue. Entre temps, on injecte au malade cinq seringues d'éther et sept de caféine.

Après que ces tentatives se sont prolongées pendant six ou huit minutes, alors que le cœur était arrêté et flasque, depuis une dizaine de minutes, la main qui le masse ressent très nettement une légère contraction, puis le cœur redevient flasque et immobile. On continue avec persévérance le massage ; au bout d'un instant, nouvelle contraction, puis on sent le cœur, jusque-là flasque, se durcir peu à peu sous la main. Enfin, en prolongeant ces manœuvres, on réveille une contraction rythmique qui d'abord cesse, quand on cesse le massage, puis bientôt persiste spontanément. On peut alors vider la plèvre du sang qui y a pénétré, rabattre le volet et fermer le thorax (mèche dans la plèvre).

Le malade ne respire toujours pas, mais son cœur continue à battre avec force et avec une certaine régularité. La face est un peu colorée, les pupilles se sont contractées et les plaies superficielles donnent du sang rouge.

On poursuit la respiration artificielle (tractions de la langue et compression du thorax) pendant une vingtaine de minutes. Dès qu'on cesse, le malade a des sortes de hoquets, mais pas de mouvements respiratoires spontanés.

Enfin, la respiration elle-même se rétablit et, trois quarts d'heure environ après l'arrêt du cœur et du poumon, les deux organes ont repris leur fonctionnement normal.

Le malade est reporté dans son lit, réchauffé. Pouls à 70. Injection d'un litre de sérum.

Une demi-heure après, le pouls est à 126. Le malade respire à peu près normalement, est calme. Il ne répond aux interpellations que par un grognement.

Dans les heures qui suivent, l'état du malade s'aggrave. La respiration devient bruyante et difficile. Les membres sont raides, contracturés. La température monte à 40°2. A 4 heures du soir, le pouls est filiforme. incomptable, et le malade succombe à 5 heures.

Autopsie le 18 août à 5 heures (48 heures après la mort). Malgré l'état de décomposition du sujet, il a été facile de suivre la plus grande partie du trajet de la balle. Le péricarde ne renferme pas de sang, la suture semble avoir bien tenu. L'ouverture des cavités cardiaques permet de vérifier que la plaie occupait bien l'extrême pointe du ventricule droit ; le reste du cœur est normal ; la suture, vérifiée par l'eau, est étanche.

La balle, après avoir lésé le cœur, a perforé le diaphragme, au niveau de la portion adhérente au péricarde, puis le foie qui présente, au niveau de son lobe gauche, à 2 centimètres en arrière de son bord antérieur, une perforation étoilée qui le traverse de part en part ; elle explique la présence d'une certaine quantité de sang libre dans le péritoine. La balle a traversé ensuite l'estomac dont les deux parois, antérieure et postérieure, présentent une perforation au niveau de la partie inférieure de la grosse tubérosité ; la muqueuse fait hernie au

niveau de ces plaies et les obstrue, si bien que le contenu gastrique ne s'est pas épanché dans le ventre. On constate des traces du passage de la balle vers l'angle gauche du côlon dont le méso et la paroi sont ecchymotiques, mais qui ne présente pas de perforation, et au niveau d'une anse d'intestin grêle (à 76 centimètres du pylore) qui a été traversée de part en part. Au delà, la balle n'a pu être suivie et n'a pas été retrouvée. Le rein gauche est normal.

L'autopsie de la tête a montré l'absence de toute lésion cranio-encéphalique.

C'est le volet à charnière externe, de Fontan, qui à l'heure actuelle est presque unanimement adopté par les opérateurs. Lemaître, dans sa thèse (Paris, 1905) recommande toutefois de comprendre dans le lambeau les 3e, 4e et 5e côtes au lieu des 4e, 5e et 6e côtes réclinées dans le volet de Fontan. M. Lenormant, dans son cas, a suivi la technique de Fontan. M. Camus, dans sa première observation, a suivi les indications de Lemaître, mais comme il avait affaire à une plaie tangente au bord du sternum, il n'a pas sectionné les cartilages costaux; mais a enlevé au costotome une certaine épaisseur du sternum qu'il a rabattu avec les côtes qui s'y insèrent.

Cette manœuvre, quoiqu'un peu délicate, n'a pour ainsi dire pas allongé l'opération et lui a donné des facilités pour faire ses sutures sur le ventricule droit.

Dans sa seconde observation, M. Camus a compris quatre côtes dans son lambeau, les nos 3, 4, 5 et 6.

Il semble bien aujourd'hui acquis que le relèvement de la 6e côte soit inutile. Le cœur est en effet mobile du côté de sa pointe et peut être facilement luxé au dehors; on a donc tout le jour suffisant pour opérer dans la partie libre de cet organe. Il n'en est pas de même du côté de sa base et quand la plaie siège dans cette région, on se trouvera bien quelquefois de comprendre la 2e côte dans le lambeau. C'est ce que préconise M. de Fourmestreaux (*Gazette des hôpitaux*, 29 mars 1906) pour les plaies du cœur haut situées, d'après des expériences cadavériques.

Dans les trois observations qui font l'objet de ce rapport, les plaies siégeaient sur le ventricule droit. Les sutures ont été faites avec de la soie par M. Lenormant, avec du catgut par M. Camus. Il n'est pas dit si les points ont été ou non perforants.

On sait l'importance qu'a la question du drainage dans le traitement des plaies du cœur. M. Camus a drainé le péricarde et la plèvre et M. Lenormant a mis une mèche dans la cavité pleurale ouverte. C'est là une pratique qui doit être condamnée. Comme le dit Lemaître dans sa thèse (et je suis complètement de son avis),

si le mal est au cœur avant l'opération, le danger est à la plèvre après l'opération. Un opéré du cœur meurt de l'infection de sa cavité pleurale gauche et le drainage paraît faciliter cette infection. C'est ce qui ressort des chiffres suivants. Sur 68 cas de suture du cœur, il n'est pas mort d'infection pleurale un seul cas non drainé, et sur les 17 cas de guérison nous en trouvons 11 non drainés et 6 ayant été drainés.

Il faut donc apporter dans l'acte opératoire le plus de propreté que permet un temps précieux dont les minutes sont comptées, car il paraît prouvé que l'infection provient moins du traumatisme que d'une intervention faite forcément à la hâte et aux dépens d'une asepsie rigoureuse. Il ne faut pas mettre de drain, quitte à faire ultérieurement une thoracotomie postérieure.

De ces trois opérés, l'un (première observation de M. Camus) est mort vingt-deux heures après l'intervention. Il avait recouvré toute son intelligence et raconta à ses voisins l'attentat dont il avait été victime.

L'autopsie montra que la suture avait bien tenu, mais que tout le poumon gauche était le siège d'une spléno-pneumonie massive et que le poumon droit portait les mêmes lésions dans les deux tiers inférieurs.

Le second malade de M. Camus est mort au moment où il serrait le dernier point de suture au niveau du sillon interventriculaire et des vaisseaux coronaires antérieurs. Le cœur cessa brusquement de battre, s'arrêta en diastole comme par un phénomène d'inhibition et cependant l'opération s'était passée sans incidents et n'avait encore duré que 15 minutes.

A quoi faut-il attribuer cette mort subite? A la ligature de la coronaire? D'abord cette ligature ne semble pas avoir été produite plus par le dernier point que par les fils précédemment placés. Ensuite G. Léo (*Thèse de Paris*, 1903) affirme qu'après la ligature des vaisseaux coronaires, la guérison est possible. Quelques recherches expérimentales tendent à prouver que la ligature d'une coronaire permet la survie de l'animal et parfois ne produit aucun trouble. Peut-être la mort survenue d'une façon si soudaine est-elle le résultat d'une influence nerveuse et réflexe. Y a-t-il dans le sillon interventriculaire de l'homme un centre de coordination des mouvements cardiaques analogue à celui que Kronecker et Schmey ont décrit chez le lapin et le chien? C'est une question que se pose M. Camus et à laquelle il est difficile de répondre.

Mais on peut se demander si M. Camus en pratiquant le massage du cœur n'aurait pas donné quelques chances de survie à son opéré.

C'est ce qu'a fait M. Lenormant. Une fois ses sutures terminées,

il constate que son malade est en état de mort apparente. Le muscle cardiaque est immobile, absolument flasque et ne répond nullement aux pressions de la main. Il ferme alors rapidement le péricarde par un surjet au catgut et continue à pratiquer le massage du cœur à travers le feuillet postérieur du péricarde à l'aide de la main introduite dans le thorax.

Après 6 ou 8 minutes de ces manœuvres aidées d'injections d'éther et de caféine, la main qui masse le cœur commence à percevoir nettement une légère contraction, puis le cœur s'arrête, le massage est continué. Au bout de quelques instants, nouvelle contraction bientôt suivie d'un durcissement du muscle. Enfin les contractions rythmées apparaissent et ne tardent pas à persister spontanément.

M. Lenormant termine alors son opération. Le cœur bat, mais le malade ne respire pas. On poursuit la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue et la respiration se rétablit trois quarts d'heure environ après l'arrêt du cœur.

Le malade est reporté dans son lit, se réchauffe, mais il meurt cinq heures après l'intervention. L'autopsie a du reste montré que la balle, après avoir perforé le cœur, avait traversé le diaphragme, le foie, l'estomac et l'intestin.

On peut rapprocher de l'observation de M. Lenormant, celle du Dr Alves, de Lima (*Gazetta clinica*, n° 1, septembre 1905).

Ce chirurgien, en présence d'une plaie de poitrine siégeant au niveau de la 4e côte, diagnostiqua une blessure du cœur, réséqua les 3e et 4e côtes, incisa le péricarde, le vida des caillots qu'il contenait et constata que le cœur ne battait plus ; il se mit en demeure de le masser, les contractions réapparurent. Il sutura au catgut une plaie du ventricule gauche. Le cœur s'arrêta de nouveau. Le massage fut repris et suivi de contractions rythmées. L'opération put être terminée, mais le malade mourut une heure après. L'autopsie montra une plaie très profonde traversant le ventricule gauche d'avant en arrière et coupant les deux piliers de la mitrale.

On voit d'après ces deux observations le parti qu'on peut tirer du massage du cœur, et il est permis de se demander s'il n'y aurait pas lieu de l'employer plus souvent dans les cas de mort par chloroforme.

M. Lenormant a attiré notre attention sur ce sujet et il nous semble, d'après les faits acquis, que la méthode du massage du cœur est de celles avec lesquelles il faut aujourd'hui compter.

Je laisserai de côté les expériences sur les animaux pour ne m'occuper que des observations de massage du cœur chez l'homme en syncope chloroformique.

Et tout d'abord, comment aborder cet organe protégé par la ceinture thoracique ? Trois voies d'accès ont été utilisées :

La voie sterno-costale,

La voie abdomino-transdiaphragmatique,

La voie abdomino sous-diaphragmatique.

Voie sterno-costale. — C'est la première, la plus anciennement employée. L'observation qui paraît avoir la priorité date de 1880 ; elle appartiendrait à Nichaus (de Berne) et n'aurait été publiée qu'en 1903. Michaux a rapporté aussi un fait personnel et Bazy a cité le cas d'un chirurgien des hôpitaux qui avait essayé en 1892 le massage du cœur. Mais la première observation publiée appartient à Tuffier, qui l'a communiquée le 2 novembre 1898 à notre Société ; depuis, les cas se sont multipliés, je les signalerai tout à l'heure.

Tuffier s'est contenté de faire chez son malade une incision dans le 3e espace intercostal gauche et, décollant le péricarde avec le doigt, d'exercer des compressions rythmées dans la région ventriculaire.

Comme le fait remarquer M. Lenormant dans un article de la *Revue de chirurgie*, 10 mars 1906, cette voie d'accès est manifestement insuffisante ; il s'agissait du reste de se presser chez un malade foudroyé par une embolie, et le chirurgien opérant sur le lit même du malade fit ce qu'il put, mais ce n'est pas là un massage véritable, massage qui ne peut être vraiment pratiqué qu'en prenant le cœur en quelque sorte en pleine main.

Pour arriver sur le cœur, il faut faire le lambeau dont j'ai déjà parlé plus haut, le lambeau à charnière externe comprenant les 3e, 4e et 5 côtes. La plupart des chirurgiens, une fois le lambeau ostéocutané rabattu, ont incisé le péricarde pour saisir le cœur directement ; cette incision paraît inutile, elle augmente les chances d'infection et le feuillet séreux se moule assez exactement sur le cœur pour que le massage extrapericardique soit aussi efficace que le massage intrapéricardique.

Cette voie sternocostale a été employée dix-sept fois (cas de Nichaus, Bazy, Michaux, Tuffier, Mauclaire, Prus, Depage, Gallet (deux observations), Igerlsrud, Maag, Sick, Drucbert, Djemil, Pacha, Lefort, Lenormant). Tous ces cas sont résumés dans le travail de Lenormant et j'y joins l'observation d'Alves, de Lima (*Gazetta clinica*, n° 1, septembre 1905), que j'ai résumée plus haut. Sur ces 17 cas, on constate 12 résultats négatifs, 4 survies temporaires et une seule guérison définitive. C'est peu, et cette voie d'accès doit laisser la place dans les cas de syncope anesthésique, à la voie abdomino-sous-diaphragmatique qui, elle, a donné de bons résultats. Il n'en reste pas moins acquis par les observations

de Lenormant et de M. Alves, de Lima, que dans les cas d'opération sur le cœur, on a dans le massage un moyen puissant de lutter contre la syncope, moyen qui aurait peut-être permis à Camus de donner des chances de salut à son malade s'il avait été mis en usage.

La deuxième voie employée, la voie *abdomino-transdiaphragmatique*, consiste à faire une laparotomie sus-ombilicale, à abaisser le lobe gauche du foie et à inciser ou à effondrer le diaphragme sur une ligne qui, partant du milieu de la concavité, mais pas au sommet de cette concavité, un peu plus en avant, se dirige vers la pointe du cœur, dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Le cœur est alors saisi à pleine main et massé. On termine l'opération par la suture du diaphragme, suture assez délicate. Cette voie, proposée par Mauclaire et préconisée par Terrier et Raymond, présente sur la précédente de grands avantages, mais elle n'a pas de succès à son actif. Poirier l'a employée une fois, Mauclaire deux, et à ces cas d'insuccès il faut joindre celui que M. Quénu nous a communiqué dans une précédente séance (séance du 27 juin 1906).

J'estime pour ma part que cette voie transdiaphragmatique doit être désormais rejetée, puisqu'il est prouvé qu'en n'incisant pas le diaphragme on obtient des résultats beaucoup meilleurs. La voie *abdomino-sous-diaphragmatique*, en effet, emploie la même incision sus-ombilicale et, se basant sur ce fait capital que le diaphragme est toujours relâché sur un sujet syncopé, vous permet de saisir facilement la pointe et la région ventriculaire du cœur entre le pouce et les autres doigts et de comprimer cet organe malgré l'interposition de la cloison musculaire (Sencert). Cette méthode a donné pour cinq cas un résultat négatif; une survie temporaire et trois guérisons définitives (Lane, Cohen, Sencert).

Ces chiffres parlent assez d'eux-mêmes et il est inutile d'insister sur la simplicité, la rapidité du procédé, la facilité avec laquelle on n'a qu'à suturer la plaie abdominale sans réparer le diaphragme, enfin, la possibilité de continuer les tractions de la langue et la respiration artificielle. D'autant que dans toutes les opérations abdominales la moitié du chemin est déjà faite et la main peut, en quelques secondes, saisir le cœur et le masser.

Aussi, de toutes les méthodes de massage du cœur est-ce la seule à employer. Si même il y avait une crainte d'infection par le fait de l'opération en cours, le chirurgien n'a qu'à mettre une paire de gants stérilisés et, sans perdre de temps, il peut commencer les pressions rythmées.

L'examen de ces faits permet de conclure que dans les syncopes dues à un agent anesthésique, le massage du cœur doit prendre

place à côté de la respiration artificielle et des tractions rythmées de la langue, mais sous cette réserve toutefois qu'il sera la dernière ressource, l'*ultima ratio chirurgicorum*, et qu'il ne devra être employé que lorsque les autres moyens auront échoué.

C'est là justement le point délicat de la question. Igelsrud, dont j'ai cité le succès, disait qu'il n'avait pas publié son cas parce que celui-ci ne lui paraissait pas assez probant. Avant de masser le cœur, il n'avait employé que trois ou quatre minutes toutes les méthodes usitées de vivification.

D'un autre côté, plus on attend, plus les chances de succès par les pressions rythmées du muscle cardiaque diminuent et c'est assez difficile de fixer exactement le moment où on doit aller au cœur. Il faut savoir cependant que Maag et Depage ont vu les battements reparaître un quart d'heure après leur cessation, Sick, une heure après le début de la syncope, mais ces chirurgiens n'ont obtenu qu'une survie temporaire, tandis que Sencert, ne commençant le massage du cœur qu'au bout de douze minutes, a sauvé son malade.

Lenormant, dans un travail déjà cité, estime que lorsque « les moyens usités habituellement ont été employés énergiquement pendant cinq ou six minutes sans aucun résultat, il faut agir directement sur le cœur ». C'est dans cette expression « sans aucun résultat » que gît toute la difficulté ; car il est certain qu'on a vu par les manœuvres ordinaires de la respiration artificielle, des tractions rythmées de la langue, des injections sous-cutanées, etc., des syncopés revenir à la vie beaucoup plus de six minutes après le début des accidents ; alors de petits signes tels qu'une légère coloration du visage, une certaine réanimation des yeux, quelquefois même une ébauche de mouvements respiratoires viennent donner de l'espérance. Il n'en sera pas de même dans la terrible syncope du début, dans cette impitoyable syncope blanche qui pardonne si rarement. Devant des accidents aussi brutaux, contre lesquels nous sommes si désarmés, il faudra, sans trop attendre, aller droit au remède le plus puissant, c'est-à-dire pratiquer le massage du cœur.

Et ce massage du cœur devra être continué longtemps, car si dans beaucoup de cas il a donné un résultat presque immédiat, il en est d'autres où les premiers battements spontanés se sont fait attendre cinq minutes (Sencert), six ou huit minutes (Lenormant) et même un quart d'heure (Prus, Sick).

Messieurs, en terminant je vous propose d'insérer les observations de M. Camus et de M. Lenormant dans nos bulletins en même temps que mon rapport et de vous rappeler que ce dernier sera un jour candidat à une place de membre de notre Société.

M. Delorme. — J'ai lu, sans pouvoir me rappeler où, que certaines substances mises en contact avec la paroi interne du cœur d'un animal qui a cessé de battre, en ranimaient les battements. Il y aurait là peut-être une voie à suivre dans des cas où le massage du cœur serait impuissant, à moins que l'expérience n'ait montré qu'il y ait des raisons de préférer le dernier procéde au premier.

M. Quénu. — A l'appui de la remarque de M. Delorme, il me semble avoir lu un cas récent (1) de Borchardt dans lequel, pour une plaie du cœur avec cessation des battements, ce chirurgien aurait injecté avec succès dans le ventricule un peu de sérum artificiel.

Tumeur ulcérée du pli de l'aine guérie par la radiothérapie, par M. le Dr Gaudier, agrégé à la Faculté de Lille.

Rapport par M. BROCA.

« Il s'agit d'un enfant de huit ans entré dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur à Lille, pour une volumineuse tumeur ulcérée occupant le milieu du pli de l'aine droite, du volume du poing, saignant au moindre contact, recouverte d'un exsudat fétide. Cette tumeur n'est pas superficielle, elle est profonde, englobant la région des gros vaisseaux et formant sur les plans profonds un bloc induré et absolument immobile. Le sommet, champignon ulcéré, sort à travers une boutonnière de la peau amincie, bleutée, déchiquetée et soulevée par de petits noyaux isolés qui lui adhèrent. Il existe de l'érythème dû à la présence de pus irritant à la surface de la région environnante. La santé de l'enfant est précaire, il présente de la polymicro-adénopathie, principalement dans l'aine gauche, et dans les deux aisselles. Les viscères sont indemnes.

« L'histoire de son affection est assez obscure : depuis longtemps il portait des ganglions petits au pli de l'aine droite, mais il y a six mois, ils se tuméfièrent, soulevant la peau distendue. Un médecin, consulté, croyant à un adéno-phlegmon, ouvrit au bistouri; il n'y eut pas de pus; mais un écoulement sanguin très important et difficile à arrêter.

« Puis la peau s'ulcéra, et la masse s'étala, bourgeonna, jusqu'à présenter l'aspect décrit plus haut.

« S'agissait-il d'un sarcome ganglionnaire ou d'une tubercu-

(1) Dont l'indication m'échappe.

lose ganglionnaire à évolution fongueuse anormale, une biopsie que nous fîmes de suite pouvait peut-être en décider, mais en attendant les résultats tardifs de l'examen anatomo-pathologique, il fallait prendre une décision thérapeutique. Devant la profondeur de la masse qui certainement englobait les gros vaisseaux, devant le gros traumatisme opératoire résultant de la ligature presque certaine de l'artère et de la veine fémorale, je résolus de lui faire faire des séances de radiothérapie et le confiai à mon collègue le professeur Charmeil, qui voulut bien diriger le traitement. L'enfant fit en tout dix séances séparées par huit à dix jours d'intervalle, quelquefois plus à cause de l'indocilité du malade. Pendant ce temps, le pansement fut simplement aseptique. Pas de traitement général. Le résultat, comme le montre la deuxième photographie, fut surprenant : après la deuxième séance, les hémorragies cessaient, la masse s'affaissait, d'une teinte rouge vif contrastant avec l'aspect terne qu'elle avait auparavant. A la dixième séance il n'y avait plus qu'une plaque comme une pièce de deux francs, sur une masse du volume d'une petite mandarine.

« L'enfant quitta alors le service, ne voulut plus revenir aux séances de radiothérapie, et se contenta de pansements simples qu'on lui faisait à la consultation. Je le revis trois mois après, et dans l'état où le montre la deuxième photographie. Il existe une cicatrice froncée au pli de l'aine, et encore quelques petits ganglions roulant sous le doigt. La cicatrice n'est pas adhérente. L'état général est excellent et l'enfant n'a pas eu besoin d'aller au bord de la mer où nous voulions l'envoyer. Il est guéri de la lésion qui l'avait amené à l'hôpital. Et l'examen anatomo-pathologique, quels résultats a-t-il donnés?

« C'est du tissu de bourgeons charnus, où l'on n'a pas pu déceler de bacilles, que d'aucuns rattachent à du lympho-sarcome, que d'autres considèrent comme de la tuberculose. Sans vouloir trancher la question qui mérite pourtant de l'être, je ne considère que le résultat thérapeutique intéressant dans un cas qui paraissait nécessiter une intervention grave que rejetait même le chirurgien ».

Je vous ai communiqué, en raison de sa brièveté, le texte même de M. Gaudier. Pas plus que lui, je ne peux vous donner une opinion sur la nature du mal, quoique je penche vers l'adénite tuberculeuse. Mais le fait est intéressant à noter, dans l'état d'ignorance où nous sommes sur la nature des rayons X et leur action possible.

Communications.

Hématome sous-péritonéal diffus par rupture spontanée d'un sarcome du rein droit,

par M TUFFIER.

Nous avons l'habitude de rapporter les hématomes sous péritonéaux spontanés à deux processus pathologiques absolument différents : les grossesses extra-utérines rompues, dites autrefois hématocèles sous-péritonéales, et les pancréatites hémorragiques qui le plus souvent s'accompagnent de signes d'infection. Certains cas de sarcomes à point de départ mal précisé sous le péritoine peuvent provoquer également ces épanchements sanguins, mais ils sont le plus souvent alors localisés dans le tissu néoplasique lui-même, qu'ils refoulent à la périphérie. Voici un cas où l'origine de l'hématome diffus a été absolument différente.

Un homme de quarante ans entre dans mon service de l'hôpital Beaujon, salle Malgaigne, n° 16, le 28 mars 1906, pour des accidents douloureux de la région du flanc droit. Il est très maigre, très pâle, un peu jaunâtre, et son passé pathologique explique assez bien cet état. Il y a une douzaine d'années il eut des coliques hépatiques sans ictère ; ces accidents se reproduisirent plusieurs fois, et au cours d'un voyage qu'il fit au Mexique en 1899 il fut pris des mêmes douleurs avec vomissements bilieux ; à cette époque il déclare qu'il tomba violemment sur les reins et eut après cet accident deux légères hématuries. Mais depuis ces six dernières années il était bien portant. La veille de son entrée à l'hôpital, il ressentit sans aucune cause appréciable de violentes douleurs dans l'abdomen avec localisation à droite ; des vomissements répétés et un état d'anxiété très marquée suivirent cet accès douloureux ; on porta le diagnostic appendicite et on fit transporter le malade dans mon service.

Lors de mon examen, les vomissements avaient cessé, mais l'état de pâleur et de cachexie étaient un peu effrayants, le pouls était à 80, très mou, le ventre était indolent, sonore, la matité hépatique était conservée. Seule la région iliaque droite était sensible à la pression et surtout complètement remplie par une tuméfaction à la surface de laquelle l'intestin était sonore. En interrogeant de nouveau le malade, il nous précisa le début de ces douleurs par une sensation de rupture au creux épigastrique, de

même la palpation de l'empâtement iliaque indiquait nettement qu'il se propageait vers les lombes, mais la région rénale correspondante n'était ni tuméfiée, ni douloureuse. Le foie débordait de trois travers de doigt les fausses côtes, les urines étaient normales. Le diagnostic était hésitant entre l'appendicite annoncée et une rupture du côté de la vésicule biliaire, les symptômes ne commandaient pas une intervention d'urgence; le repos, la glace et du sérum en injections sous-cutanées constituèrent tout le traitement.

Le lendemain, le tableau clinique s'était modifié défavorablement; le pouls était petit, la tuméfaction iliaque avait augmenté et surtout la pâleur, l'anxiété du malade et son état lipothymique nous obligèrent à intervenir.

Je fis une laparotomie latérale droite sur le bord externe du muscle grand droit, non pas au lieu classique, mais plus haut, de façon à pouvoir me porter suivant les circonstances vers le foie et l'épigastre ou vers la fosse iliaque. L'abdomen ouvert, je me trouvai en présence d'un aspect de l'intestin très curieux et que je n'avais jamais rencontré. Le péritoine était intact et ne contenait aucun liquide, mais le segment du gros intestin sur lequel mon incision me conduisait était noir ; il ressemblait absolument à un intestin étranglé et sur le point de se sphacéler. Mon incision agrandie par en haut et par en bas, l'aspect était plus étrange; tout le côlon ascendant et une partie du côlon transverse avec le péritoine avoisinant avaient cette même coloration, mais sur le cæcum les parties postérieure et latérales étaient seules colorées, la face antérieure était normale et la ligne de séparation des parties saines et malades était sinueuse et irrégulière, l'épiploon gastro-hépatique avait la même teinte, et sur le côlon transverse, la même limitation bizarre des parties noires et blanches indiquait l'irrégularité du processus; derrière l'intestin et l'épiploon on sentait un empâtement diffus.

Il s'agissait évidemment d'un épanchement sanguin rétro-péritonéal dont le point de départ était en arrière du côlon. J'effondrai le péritoine pariétal en dedans du côlon, pensant qu'il s'agissait probablement d'une hémorragie soit pancréatique, soit des vaisseaux artériels situés à ce niveau. Un énorme caillot rosé fut évacué, puis un flot de sang rouge s'écoula avec une intensité et une abondance telles que j'ai cru à la rupture d'un anévrisme. J'estime à plusieurs centaines de grammes l'hémorragie brusque et instantanée qui se fit à ce moment.

Introduisant mes doigts à travers la brèche, je comprimai l'aorte aussi haut que j'ai pu.

L'hémorragie céda et j'ai pu évacuer tous les caillots qui se

trouvaient au-devant de l'aorte et derrière le pancréas. Ce dernier paraissait intact. Au milieu des caillots j'enlevai alors une masse fongueuse, dure, friable, que j'ai reconnue de suite être un fragment de tumeur. Puis me dirigeant vers la source de l'écoulement sanguin qui n'était que partiellement arrêtée par la compression, je fus conduit vers le rein droit. En examinant cet organe, je sentis sur sa face convexe une masse dure et irrégulière; c'était la tumeur qui avait provoqué l'hémorragie. Connaissant alors l'origine de ces accidents, je pinçai le pédicule du rein entre deux doigts et je fis ainsi l'hémostase. Remplaçant alors les doigts par une pince sur le pédicule du rein, je fus maître de la situation et j'ai pu faire tranquillement la néphrectomie et débarrasser cette énorme cavité des caillots qu'elle contenait. Ligature du pédicule. Drainage.

Le lendemain de l'opération, malgré 1.500 grammes de sérum, des piqûres d'huile camphrée toutes les deux heures, le malade s'affaiblit et succomba avec tous les signes d'une anémie aiguë contre laquelle tous nos moyens restèrent impuissants.

Je vous présente les pièces, et vous pouvez voir la tumeur du rein ainsi que l'énorme infiltration de toute la paroi du gros intestin qui non seulement avait décollé le péritoine viscéral, de façon à former un énorme manchon sous-séreux, mais elle avait encore décollé le péritoine pariétal jusqu'au rein du côté opposé. Voici d'ailleurs le protocole d'autopsie que m'a remis mon chef de laboratoire M. Mauté.

Rein enlevé à l'opération. — Le rein augmenté légèrement de volume présente au niveau de son bord externe une large perforation comblée par des caillots; limitée par un tissu mollasse, bourgeonnant, très vasculaire, que l'on reconnaît à la coupe appartenir à une tumeur développée aux dépens de la capsule et ayant refoulé le tissu propre du rein. La masse néoplasique est creusée de grosses lacunes sanguines coupées transversalement, obliquement ou en long.

Cette tumeur apparaît au microscope comme un sarcome globocellulaire. Elle est formée par des cellules à gros noyau ovoïde remplissant une grande partie du protoplasma, limitant de nombreuses lacunes sanguines. Dans quelques points seulement, les vaisseaux présentent une paroi avec un endothélium vasculaire.

Le tissu rénal est simplement refoulé à la périphérie de la tumeur et ne présente aucune lésion spéciale.

A l'autopsie, le côlon ascendant, légèrement distendu, apparaît d'une couleur rouge noirâtre dans toute son étendue. En l'écartant, on voit qu'il s'appuie en arrière au niveau de son méso sur

une nappe sanguine qui a décollé la séreuse non seulement à ce niveau du côlon pour lui former un véritable manchon hémorragique sous-péritonéal, mais qui a décollé également le péritoine pariétal jusqu'au niveau du rein du côté opposé, de sorte que toute la paroi postérieure est tapissée par une nappe de sang.

Au microscope, sur les coupes du côlon ascendant, on voit que la séreuse est séparée de la musculeuse par une *couche sous-séreuse continue de globules rouges*, qui égale à elle seule en épaisseur le reste de la paroi intestinale.

M. Hartmann. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas de rupture spontanée de cancer du rein qui, par certains côtés, se rapproche beaucoup de l'observation que vient de nous relater M. Tuffier. Il s'agit d'un malade qui brusquement, sans cause connue, présenta les signes cliniques d'un phlegmon périnéphrétique. L'incision postérieure conduisit sur un gros hématome venant d'un cancer du rein que l'on enleva séance tenante.

M. Bazy. — J'ai observé il y a plusieurs années deux cas d'hématome périrénal : l'un consécutif à une petite contusion superficielle du rein, mais de celui-ci, je ne parle pas; l'autre, je l'ai observé chez un homme d'un certain âge qui avait vu se développer dans la région lombaire un hématome à allure inflammatoire, comme dans le cas de M. Hartmann : il avait des antécédents urinaires, puisqu'il avait été soigné dans le service de M. Guyon pour des hématuries. Je l'ai opéré, j'ai vidé la poche, exploré la surface du rein et n'ai rien vu.

Du reste, le malade est mort au bout de quelques jours et j'ai pu faire son autopsie. Je n'ai rien trouvé ni sur son rein, ni à l'intérieur, sauf un léger degré de néphrite interstitielle, qui peut m'expliquer cet hématome périrénal.

M. Michaux. — J'ai observé dans des conditions fort analogues à celles dont nous a parlé M. Tuffier un exemple très curieux d'hématome sous-péritonéal survenu brusquement avec des allures très graves qui ont nécessité l'intervention chirurgicale d'urgence.

Je vous rapporterai cette observation en détail dans la prochaine séance. Il s'agissait d'une rupture spontanée de l'artère épigastrique sous le muscle droit.

Epididymite double subaiguë, de nature peut-être tuberculeuse, guérie en quinze jours par la méthode de Bier,

par M. CHAPUT.

Le malade est âgé de vingt-sept ans. Pas d'antécédents spécifiques.

Il a eu plusieurs blennorragies non suivies d'orchite.

Il y a trois semaines, il éprouva des douleurs dans la région scrotale et constata alors que le testicule gauche était dur et douloureux. Il y a cinq jours, ce testicule diminua brusquement de volume. Le lendemain, le testicule droit se tuméfiait notablement.

A l'entrée (10 juin 1906), le testicule gauche est coiffé par un épididyme induré, mais peu volumineux. *A droite*, le testicule est volumineux, dur, bosselé; l'épididyme est gros, en masse et sensible. Pas de funiculite. Au toucher rectal, prostate un peu bosselée, plus dure à droite qu'à gauche, vésicules saines. Pas d'écoulement urétral.

Poumons. — Aux sommets, respiration soufflante.

On commence aussitôt l'application du *Bier* avec une cravate de gaze maintenue pendant trois heures chaque matin autour de la racine des bourses.

Le 18 *juin*, le malade souffre davantage. On constate un noyau induré dans la tête de l'épididyme gauche.

A droite, la peau est adhérente à la tête de l'épididyme.

Celui-ci est en cimier de casque, volumineux, sans noyau distinct.

Epanchement dans la vaginale, funiculite, déférent intact.

Application du Bier toute la nuit.

Le 25 *juin*, amélioration considérable. Epididyme droit très diminué de volume. Tête épididymaire volumineuse; D. = 1 cent. 1/2; elle va en s'effilant jusqu'à la queue.

Plus de funiculite, plus de liquide. Petit noyau dans la tête épididymaire gauche.

Le 2 *juillet*, amélioration considérable.

Le 5 *juillet*, les lésions ont presque complètement disparu.

L'influence de la méthode de Bier paraît avoir été considérable, puisque le 18 *juin* la lésion était double, aiguë, considérable; je pensais alors à la tuberculose.

Le 25 *juin*, l'amélioration était considérable, et le 2 *juillet*, en quinze jours par conséquent, la guérison était à peu près complète.

Le *diagnostic* mérite d'être discuté. J'ai posé celui de tuberculose, mais la rapidité de la guérison nous oblige à nous demander s'il ne s'agissait pas d'une épididymite aiguë non tuberculeuse.

Toutefois, la tuméfaction épididymaire et l'hydrocèle, qui n'ont existé qu'à droite, n'ont jamais présenté le même volume que dans l'orchite blennorragique. Ajoutons que le malade est tuberculeux.

Quel que soit le diagnostic, l'influence de la méthode de Bier a été merveilleuse et méritait de vous être signalée.

M. Hartmann. — M. Chaput très prudemment n'a pas affirmé d'une manière catégorique le diagnostic de tuberculose; mais même en admettant l'existence d'une poussée d'épididymite tuberculeuse aiguë, on ne pourrait pas dire que c'est la méthode de Bier qui a amené l'amélioration rapide du malade. Tous nous savons que certaines formes d'épididymite bacillaire aiguë sont susceptibles de rétrocéder rapidement en l'absence de toute application de la méthode de Bier. Il faut être extrêmement réservé et ne pas se hâter de conclure à l'efficacité grande de cette méthode de traitement.

M. Tuffier. — Je ferai les mêmes réserves que mon ami Hartmann sur la nature tuberculeuse de ces lésions épididymaires; quoi qu'il en soit, nous devons actuellement enregistrer le fait. Pour ma part j'emploie la méthode de Bier depuis quelques mois, et, ayant envoyé deux de mes élèves dans le service de Bonn, j'ai pu suivre une technique précise. Il semble que pour le moment la striction élastique doit être poursuivie longtemps pour donner des résultats valables; c'est vingt-deux heures sur vingt-quatre qu'elle doit être maintenue. Je publierai ultérieurement les résultats de ma pratique dans les différentes infections, mais je crois qu'actuellement il faut être très circonspect sur les succès obtenus dans la tuberculose. C'est en somme une question à l'étude.

M. Walther. — L'observation que nous apporte M. Chaput est vraiment bien intéressante et cette guérison en quinze jours d'une tuberculose épididymaire serait très frappante. Mais je crois qu'il reste quelque hésitation dans le diagnostic et qu'il s'agit peut-être d'une épididymite subaiguë banale et qu'ici la méthode de Bier a agi d'une façon favorable comme elle le fait souvent dans les inflammations subaiguës.

En tout cas, je crois qu'il ne faut qu'avec la plus grande réserve admettre cette guérison si rapide d'une épididymite tuberculeuse.

M. P. Michaux. — J'ai appliqué moi aussi la compression élastique à la base des bourses dans quelques cas peu nombreux de testicule manifestement tuberculeux. Je n'ai pas fait une compression aussi longue que celle dont parlait M. Tuffier, mais je l'ai appliquée avec persévérance pendant trois à quatre heures par jour en deux fois, et cela pendant près d'un mois. Dans un de ces cas, très avancé, je n'ai réussi qu'à obtenir un fongus bénin du testicule à travers une fistule purulente et consécutivement une diminution lente de l'organe hernié.

Dans les conditions où je l'ai employée. la méthode de Bier ne m'a donné jusqu'ici que des résultats peu démonstratifs.

M. Chaput. — Mes collègues ont raison de faire des réserves sur le diagnostic de tuberculose; j'ai moi-même formulé des réserves des plus nettes sur ce point.

Quoi qu'il en soit, même en admettant une épididymite subaiguë vulgaire, il n'en est pas moins intéressant de constater une amélioration aussi rapide que celle-ci. En effet le malade présentait une poussée assez aiguë le 18 juin. On applique alors le Bier toute la nuit, et le 25 juin, sept jours après, on constate une amélioratien énorme qui m'arracha un cri de surprise.

Je ne connais pas de faits d'épididymite qui aient diminué à ce degré en un temps aussi court.

Cette observation n'est d'ailleurs qu'un document à verser aux débats de la méthode de Bier.

Lecture.

M. Savariaud. — *Double rétrécissement syphilitique du rectum et du côlon.*

Rapporteur : M. Hartmann.

Présentations de malades.

Coup de couteau, plaie de la moelle (?).

M. Routier. — Dans la nuit du 23 au 24 juin, M. Riv..., âgé de vingt-sept ans, reçut un coup de couteau dans la partie supérieure

de la région thoracique postérieure, et tomba immédiatement, ne pouvant plus se tenir debout.

La plaie siégeait à gauche de la ligne médiane, à 0,03 centimètres environ, à peu près au niveau de la troisième apophyse épineuse dorsale.

Le matin à mon arrivée dans le service, le malade était couché; tout son côté gauche, à partir d'une horizontale passant par le mamelon, était paralysé; tout mouvement volontaire ou provoqué impossible, pas de réflexe au chatouillement, pas de réflexe rotulien.

Dans toute cette zone paralysée, existait une hypéresthésie très marquée. Babinsky positif.

A droite au contraire, les mouvements étaient conservés, et normaux, mais l'anesthésie était complète.

La ligne médiane exactement marquait la limite des deux zones; sur la verge, la moitié droite était anesthésique, la moitié gauche, hyperesthésique.

Sur le côté droit, les réflexes étaient indemnes, le signe de Babinsky négatif, et il y avait sur toute la zone une sudation exagérée.

Le malade présente de la rétention d'urine et il faut le sonder.

26 juin. Il est dans le même état.

Ponction lombaire, on retire une seringue de Pravaz de liquide teinté de sang.

Presque aussitôt, les mouvements volontaires réapparaissent, les troubles des sphincters cessent, mais l'hémianesthésie droite persiste ainsi que l'hémihyperesthésie gauche.

Pas de stigmates d'hystérie.

27 juin. Le malade marche en steppant un peu.

11 juillet. La moitié gauche reste hypéresthésique, la moitié droite anesthésique ; à part cela, il ne reste rien d'anormal.

L'explication de ces phénomènes me paraît difficile à donner. D'emblée, j'ai cru à une hémisection de la moelle. Nous paraissions être en face d'une expérience de laboratoire, mais la paralysie motrice ayant cessé du seul fait de la ponction lombaire, la lésion anatomique me paraît moins certaine; c'est pourquoi je vous présente ce malade en vous demandant votre opinion.

M. Demoulin. — N'y avait-il pas de stigmates d'hystérie? Il faut toujours, en pareil cas, penser à l'hystéro-traumatisme.

M. Routier. — J'ai noté dans mon observation que ce malade ne présentait aucun stigmate d'hystérie.

Kyste hydatique du poumon.

M. E. Potherat. — Je vous présente aujourd'hui le malade dont j'ai eu l'occasion à deux reprises déjà de vous parler. Au mois de décembre je vous présentais une vaste poche hydatique que je lui avais extirpée du poumon droit. Cet homme avait eu une vomique par laquelle il avait rendu non le contenu de son kyste, mais le pus développé entre la vésicule germinative et la poche adventice.

Il avait donc une fistule bronchique antérieure à l'opération, fistule assez large pour rendre impossible pendant plusieurs semaines les lavages de la poche; toute tentative de lavage amenait une crise violente de toux avec suffocation.

Il guérit néanmoins très bien et assez rapidement, car opéré le 22 décembre 1905, il sortait totalement guéri le 3 mars 1906. Entre temps j'avais dû lui inciser une pleurésie purulente, indépendante de son kyste et susjacente à ce kyste, pleurésie à pneumocoque, ainsi que l'ont démontré les ensemencements faits par M. Œttinger et Malloisel, qui avaient ce malade en observation avant le traitement chirurgical.

Cet homme, vous le voyez, est extrêmement vigoureux; il a repris ses forces et son occupation de terrassier. Son poumon respire dans toute sa hauteur.

Fracture du crâne. Abcès intracérébral.

M. E. Potherat présente un malade ayant eu un enfoncement de la voûte du crâne, et consécutivement un volumineux abcès intracérébral. Ouverture. Guérison.

L'observation figurera au procès-verbal de la prochaine séance.

Ulcération de la langue.

M. Walther. — Jeune fille de vingt-cinq ans, atteinte depuis l'âge de cinq ans, de leucoplasie linguale. Une plaque leucoplasique ulcérée fut enlevée il y a deux ans.

Depuis deux mois une ulcération s'est développée rapidement qui occupe aujourd'hui toute la moitié droite de la langue. Ulcé-

ration à bords plats, à fond légèrement excavé; à la partie postérieure, les bords sont un peu festonnés. Il y avait il y a quelques jours de petits points jaunâtres qui ont disparu.

L'aspect de l'ulcération est celui d'un épithélioma. Mais l'induration sous-jacente est très limitée, il n'y a pas trace d'envahissement ganglionnaire. D'autre part il existe toujours de la leucoplasie sur la moitié gauche de la langue.

La réaction par la tuberculine pratiquée dans le service de M. Claisse, à la Pitié, a donné un résultat positif.

M. Le Dentu. — L'étendue de l'ulcération, la couleur rouge vif des bourgeons, leur relief accusé, la dureté centrale de la tumeur correspondant à une dépression dans l'ulcération, enfin et surtout l'existence d'une traînée de leucoplasie sur la partie médiane de la langue, me font penser qu'il s'agit d'un de ces épithéliomas leucoplasiques à marche lente, non accompagnés d'adénopathie secondaire, comme jai eu plusieurs fois l'occasion d'en observer. Cette leucoplasie datant de l'enfance est, d'autre part, un fait tout à fait exceptionnel.

Présentations de pièces.

Polype naso-pharyngien extirpé par les voies naturelles, après section du voile du palais.

M. Le Dentu. — Le volume de la tumeur actuelle représente à peine le tiers de celui qu'elle possédait avant l'opération. C'est qu'elle était très vasculaire et se rapproche beaucoup d'un angiome par sa structure microscopique. Trois fragments prélevés en deux points de la masse principale et au niveau du pédicule ont mis en évidence une structure homogène : il s'agit exclusivement de tissu lamineux, très dense, abondamment vascularisé, surtout au niveau du pédicule. Dans cette dernière région, les vaisseaux sont fréquemment dépourvus de musculature; ils sont toujours très larges et presque au contact les uns des autres, de sorte que la pièce affecte un aspect angiomateux.

Le malade a dix-sept ans; il a subi il y a six mois une première opération sur laquelle je n'ai pas pu me procurer des renseignements précis. Depuis quelque temps il ne pouvait plus respirer par les narines; récemment il a eu plusieurs épistaxis sérieuses.

Après quelques jours de répit, son coefficient d'hémoglobine était remonté à la moyenne de 14 p. 100.

La tumeur obstruait entièrement le naso-pharynx sans être engagée dans les fosses nasales.

Elle s'opposait absolument au passage de l'air par les fosses nasales. Elle refoulait fortement le voile du palais en bas et en avant et débordait son bord inférieur d'un petit centimètre environ. La consistance en était très molle, ce qui permettait de soupçonner sa vascularisation très développée.

Le doigt introduit de chaque côté pouvait atteindre un pédicule inséré sur l'apophyse basilaire et qui avait environ 2 centimètres et demi à 3 centimètres de longueur. En avant, entre la tumeur et le voile, l'exploration restait incomplète. Le doigt n'atteignait pas le pédicule.

Dans ce cas où la tumeur n'avait pas encore pénétré dans les fosses nasales, je pensai que la meilleure méthode de traitement serait l'extirpation par les voies naturelles, précédée immédiatement par l'incision médiane antéro-postérieure du voile du palais. C'est ce plan opératoire que j'ai exécuté hier matin. Le malade ayant été mis dans la position de Rose, étant anesthésié par le chloroforme, je plaçai le bâillon de Trélat et je fendis le voile; puis j'attirai la tumeur en avant au moyen d'une pince utérine à quatre dents. Je détachai rapidement le pédicule à gauche et à droite avec les rugines spéciales employées actuellement; j'achevai la section et je pratiquai l'arrachement avec la pince courbe à mors coupants. Un coup de ciseaux libéra entièrement la tumeur qui vint d'un bloc à l'extérieur.

Dès le commencement de la rugination, M. Guisez, qui m'assistait, avait fait du tamponnement et protégé le larynx contre l'irruption du sang, avec des éponges aseptiques; une fois l'extirpation achevée, il bourra le naso-pharynx avec une compresse aseptique et obstrua de même les narines. L'hémorragie fut importante, ainsi qu'il fallait s'y attendre, mais non alarmante. Au moins 1.500 grammes de sérum artificiel avaient été injectés sous les téguments, pendant les préparatifs de l'opération et pendant l'opération elle-même.

Dans la journée, comme la malade était affaiblie et pâle, on refit une injection de 500 grammes de sérum. Ce matin, il est remonté; le pouls, quoique un peu ondulant, a de la résistance et n'est pas très accéléré. Il y a donc tout lieu de penser que la malade guérira. Le voile du palais ne sera restauré que dans deux ou trois semaines, lorsque toute crainte d'hémorragie secondaire sera écartée et que la cicatrisation sera en bonne voie ou terminée.

M. Picqué. — Je désire rappeler que nous avons présenté ici même, avec M. Berger, une série de fibromes naso-pharyngiens que nous avions opérés ensemble à Lariboisière, et il nous a semblé que, dans les formes vasculaires, la rugination rapide, suivie de la compression à la gaze, constituait le procédé le plus sûr contre l'hémorragie.

Tumeur solide du vagin.

M. E. Potherat. — Les tumeurs solides développées dans les parois du vagin ne sont pas fréquentes; c'est ce qui m'incite à vous présenter la pièce suivante, que j'ai enlevée ce matin même à une demoiselle de trente-cinq ans, dans mon service de l'hôpital Bon-Secours.

Cette tumeur, qui a une forme rappelant assez exactement celle d'un rein, mesure 0^m14 de long, 0^m10 de large, 0^m05 d'épaisseur. Elle est un peu lobulée à sa surface, ce qui lui donne encore plus de ressemblance avec un rein atteint d'hypertrophie totale. Son poids est de 325 grammes. La consistance de cette tumeur est homogène, partout la même, molle, presque fluctuante, et, avant l'opération, on avait pu croire à une tumeur réellement fluctuante. L'erreur était d'autant plus facile qu'il fallait explorer cette tumeur au fond du vagin.

Cette tumeur était suos-muqueuse, adhérente à la muqueuse qui la recouvrait sur la presque totalité de son étendue. Elle était sessile, mais pédiculisable, et insérée sur la paroi antérieure du vagin, au-dessous et en arrière de la symphyse pubienne, un peu sur la droite du canal de l'urètre. Indépendante de la vessie, de l'urètre et de l'utérus, elle s'étendait depuis le col utérin, distinct et nettement indépendant, jusqu'à quelques millimètres du méat urétral.

Elle fut très facilement énucléée à l'aide du doigt, après incision de la muqueuse vaginale à la périphérie de la tumeur, près de son insertion, grâce à un tissu cellulaire lâche qui la séparait des tissus circonvoisins et dans lequel cheminaient les vaisseaux servant à la nutrition de la tumeur, vaisseaux d'ailleurs peu importants, car ils n'ont nécessité aucune ligature, leur déchirure ayant suffi à amener l'hémostase.

Je fis un léger capitonnage du fond de la cavité d'insertion de la tumeur, par-dessus laquelle je réunis complètement la muqueuse vaginale.

A la coupe, cette tumeur a un aspect charnu, homogène, sans aucun point d'aspect macroscopique différent à la vue ou au toucher. Il semble bien qu'il s'agisse d'un myome, d'un fibromyome

ou d'un sarcome globo-cellulaire; toutefois, le microscope seul pourra nous fixer sur ce point. J'ai mis de côté deux morceaux de la tumeur pour cette analyse histologique, que j'aurai l'honneur de vous faire connaître plus tard.

L'histoire clinique de cette tumeur est assez obscure. Cette malade a été opérée, il y a quatre ans, pour un prolapsus de l'utérus, nous dit-elle; effectivement, depuis six mois auparavant, une grosseur lui sortait du vagin quand elle faisait un effort, en particulier pendant la défécation, grosseur qu'elle faisait réduire par son médecin.

On lui fit une hystéropexie, mais, au bout de six semaines, l'utérus était retombé, dit-elle; on fit une nouvelle laparotomie avec drainage cette fois, mais le prolapsus se reproduisit encore. C'est ce qu'elle raconte; son opérateur me dit lui avoir pratiqué une hystéropexie pour retroflexation, et n'avoir constaté une tumeur vaginale du volume d'une mandarine qu'assez longtemps après.

Toujours est-il que depuis trois ans, deux ans surtout, la malade perdait constamment de l'eau sale, du sang, des matières puriformes, sans toutefois éprouver de douleurs. Les règles se font normalement; du moins il y a périodiquement des pertes de sang plus abondantes.

Il ne sort jamais plus de masse au dehors, mais la canule à injection butte de suite contre quelque chose qui s'oppose à sa pénétration. Pas de troubles urinaires ni rectaux.

A l'examen, le ventre est normal; il y a, sur la ligne médiane, une cicatrice des laparotomies antérieures.

Au toucher, on sent de suite une énorme tumeur piriforme, régulière, lisse, à grosse extrémité intravaginale, à petite extrémité tournée en haut. Le doigt fait aisément le tour de la tumeur; il s'écoule en abondance un liquide sanieux, puriforme et hémorragique, sans trop mauvaise odeur.

L'idée qui venait de suite à l'esprit était qu'il s'agissait là d'un polype utérin. Il était toutefois important d'arriver au pédicule; ce ne fut pas chose facile, vous le concevez; la tumeur était grosse et l'utérus haut situé, grâce à l'hystéropexie antérieure. Je pus parvenir cependant au fond du vagin, et je sentis un col petit, rond, virginal, absolument sain. Quant au pédicule de la tumeur, il était inséré sur la paroi antérieure du vagin, en avant et un peu à droite du col utérin et jusqu'auprès de l'orifice vulvaire.

Ce ne pouvait évidemment pas être là un polype utérin; qu'était-ce? Cela n'avait ni l'aspect, ni la consistance, ni le volume habituel d'un kyste du vagin. Le cathétérisme urétral montrait que la vessie se portait en haut et à gauche; elle était indépen-

dante de la tumeur; ce ne pouvait donc être là un diverticule de ce réservoir, comme celui que nous présenta, il y a huit jours, mon ami Chaput.

Le diagnostic restait donc obscur, mais l'indication était formelle d'intervenir. J'y procédai, de la manière que je vous ai rapportée plus haut, sans difficultés. En quelques minutes, la tumeur, que j'avais d'abord accouchée hors du vagin, était énucléée.

Les tumeurs solides de cette région, avec une semblable évolution, sont exceptionnelles; c'est la première fois que j'observe, personnellement, un cas de cette nature.

Déciduome bénin.

M. Paul Thiéry présente un utérus qu'il a enlevé ce matin sur une femme de quarante-trois ans qui, sans signe de grossesse, sans arrêt des règles, sans fausse couche, fut prise, il y a trois mois, de métrorragies extrêmement abondantes qui firent penser à un épithélioma primitif de la muqueuse du corps utérin.

M. Thiéry pensa faire une hystérectomie abdomino-vaginale, mais ayant fait la section de l'utérus, il constata la présence d'une tumeur d'aspect placentaire insérée largement sur la face postérieure de l'utérus : il se contenta de pratiquer l'hystérectomie subtotale.

L'utérus était volumineux : la tumeur offre un aspect aréolaire infiltré de sang : à son centre, est une petite cavité du volume d'un gros haricot dont elle a la forme et d'où s'écoule une sérosité transparente : il n'y a pas trace d'insertion de cordon ombilical.

M. Thiéry croit qu'il s'agit d'un déciduome bénin, mais n'a pas porté de diagnostic anatomo-pathologique ferme : une coupe histologique sera nécessaire.

M. Picqué. — Il ne peut s'agir ici que d'un placenta : le déciduome bénin qui a été invoqué par M. Thiéry n'est qu'une môle hydatiforme dans la terminologie admise. Et, ici, la tumeur ne présente aucun des caractères de la môle.

Sarcome de l'ovaire.

M. Michaux. — Je vous présente un volumineux sarcome de l'ovaire gauche, que j'ai enlevé, il y a deux jours, en ville chez une femme d'une cinquantaine d'années.

Cette pièce est remarquable par son volume et par l'existence d'une grosse cavité centrale kystique.

Nous avions, chez cette femme, fait le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire, car on sentait nettement l'utérus au-dessus de la symphyse.

La tumeur a évolué rapidement en six mois. Ma malade est aujourd'hui, quarante-huit heures après son opération, dans un état aussi satisfaisant que possible.

Pied-bot paralytique.

M. SAVARIAUD présente la photographie d'un pied-bot paralytique, auquel il a fait une anastomose tendineuse.

M. KIRMISSON, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 18 JUILLET 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. FÉLIZET, qui demande un congé jusqu'au mois d'août.

3°. — Un travail de M. DIEULAFÉ, intitulé : *Phlébite du membre inférieur gauche survenue après appendicectomie à froid.*

Ce travail est envoyé à une commission dont M. BROCA est nommé rapporteur.

4°. — Un travail de M. LAPEYRE, intitulé : *Grossesses extra-utérines non rompues de plus de quatre mois et demi.*

Travail envoyé à une commission dont M. FAURE est nommé rapporteur.

5°. — Une observation de M. Albert MARTIN, membre correspondant.

A propos de la correspondance.

Sténose du pylore et rétrécissement œsophagien par ingestion d'acide chloroacétique. Dilatation de l'œsophage. Gastro-entérostomie. Guérison,

par M. ALBERT MARTIN,

Professeur à l'Ecole de médecine de Rouen,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

L'observation de M. Robineau rapportée dans la séance du 20 juin dernier par M. Tuffier et celle que M. Quénu a communiquée huit jours plus tard font du rétrécissement pylorique par injection du liquide caustique une question d'actualité. J'apporte donc, pour mon compte, un nouveau cas de pareil accident que j'ai eu à traiter il y a quelques semaines.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans, qui, le 20 décembre 1905, avala d'un trait le contenu d'un flacon d'acide chloroacétique d'environ 50 à 60 grammes. Une petite partie seulement du contenu de ce flacon avait été utilisée par son médecin, l'année précédente, pour la recherche de l'albumine dans l'urine, au cours d'une grossesse normale.

Le caustique fut ingéré aussitôt après le petit déjeuner du matin, qui avait consisté en une tasse de chocolat, un peu de pain et du lait.

La malade éprouva, séance tenante, outre une sensation de brûlure atroce dans la bouche et le pharynx, une douleur vive au niveau de l'épigastre qui la tint, dit-elle, « pliée en deux », pendant plus d'une heure. Elle vomit son chocolat environ vingt minutes après.

Un médecin, appelé d'urgence, ne put arriver que trois quarts d'heure après l'accident. Il prescrivit du bicarbonate de soude par cuillerées à café dans un peu d'eau.

Le Dr Vallée, médecin de la famille, arrive à son tour auprès de sa cliente. Il constate un état général grave, le pouls rapide et petit ; il fait une piqûre d'éther et conseille de la magnésie et de l'eau de Vichy. Il fait en outre pratiquer de fréquents lavages de la bouche avec de l'eau alcalinisée.

Le troisième jour, la malade vomit un peu de sang ; pendant quatre jours, elle ne prend que quelques gorgées d'eau de Vichy, la déglutition étant extrêmement pénible, et on a recours aux

lavements alimentaires. Puis, la dysphagie ayant un peu diminué, M[me] X... commence à prendre du lait par petites cuillerées. L'épigastre demeure douloureux et très sensible à la pression pendant trois semaines.

Le 7 *janvier*, la malade a un premier vomissement alimentaire abondant. Elle déclare qu'elle a souffert d'une façon atroce pendant les cinq heures qui ont précédé ce vomissement. Après quoi, un peu d'accalmie survient pour quelques heures. Mais, à partir de cette date, les vomissements deviennent quotidiens et très pénibles ; elle rend en totalité et d'un seul coup tout ce qu'elle est arrivée à prendre. La déglutition devient, d'autre part, de plus en plus difficile ; et bientôt il faut à la malade deux heures pour manger un œuf à la coque.

Le 15 mars 1906, le D[r] Vallée m'amène sa malade. Celle-ci a considérablement maigri. La dysphagie est telle que, devant nous elle met vingt minutes pour avaler par menus fragments un morceau de pain de la grosseur d'une noix. En réalité l'alimentation se fait surtout par le rectum.

Avant de nous occuper du rétrécissement pylorique, il nous parut plus urgent et plus rationnel de traiter d'abord le rétrécissement œsophagien.

Celui-ci siégeait un peu au-dessus du cardia et paraissait constitué par un simple anneau fibreux plutôt que par un véritable isthme. Lors de la première séance, il nous fut impossible de passer la plus petite des olives de Verneuil. Il y avait en outre du spasme de la première portion du conduit œsophagien qui rendait fort pénible le début de chaque séance. Nous commençâmes donc par introduire la bougie conductive ; puis, sur elle servant de guide, il fut possible de passer en une séance les deux premières olives de Verneuil ; enfin, assez rapidement, au bout de huit séances, espacées de deux ou trois jours, on put passer l'olive la plus grosse.

Après cela, une grosse sonde œsophagienne put être introduite assez aisément. La malade, très docile et pleine de bonne volonté parvint d'ailleurs très vite à pratiquer elle-même ce cathétérisme de l'œsophage ; et depuis, elle n'a cessé d'y recourir toutes les semaines afin de maintenir normal le calibre de ce conduit.

Le résultat immédiat de cette dilatation fut, bien entendu, de favoriser la déglutition ; mais dès lors, et après seulement un répit de quinze jours assez inexplicable, les vomissements devinrent plus fréquents et plus abondants, pour cette raison que l'alimentation était plus copieuse ; ils furent seulement moins pénibles.

Il n'y avait pas de doute sur l'existence d'un rétrécissement

pylorique se resserrant tous les jours ; les caractères et la fréquence des vomissements d'une part, le lavage de l'estomac après quinze heures de jeûne, d'autre part, étaient probants à cet égard. Par le palper on ne sentait rien dans la région pylorique et la dilatation stomacale ne paraissait pas considérable.

Gastro-entérostomie. Le 9 mai, l'opération fut pratiquée avec le concours du Dr Vallée, Pellerin et Petibois, après lavage de l'estomac à l'aide du tube de Faucher et après une injection hypodermique de 500 grammes de sérum artificiel.

Incision pré-médiane, un peu à gauche de la ligne blanche, allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic.

L'estomac est peu dilaté, mais ses parois semblent épaissies. Il est attiré et enlevé hors du ventre avec l'épiploon.

Les faces antérieure et postérieure ne présentent rien de particulier et peu d'adhérences; mais le pylore présente une tumeur très indurée, régulière, du volume d'une noix et facilement perceptible entre le pouce et l'index. Le duodénum est sain. Je ne cherche pas à me rendre compte, par une exploration directe, de l'état du cardia et de la terminaison de l'œsophage.

Après avoir avec l'index déchiré l'épiploon gastro-colique entre deux vaisseaux et élargi l'orifice ainsi fait jusqu'aux dimensions d'une paume de main, je fixe à la face postérieure de l'estomac par quatre points séparés à la soie fine les quatre angles de l'espace losangique ainsi créé.

L'angle duodéno-jéjunal est reconnu, et le jéjunum suivi sur une longueur de 25 à 30 centimètres.

La coprostase est assurée de ce côté par évidement d'abord, puis par la pose de deux pinces clamps. La même précaution est prise du côté de l'estomac à l'aide de deux grandes pinces courbes, qui servent en même temps à l'un de mes aides pour maintenir l'estomac et me bien présenter la région où je veux pratiquer la bouche anastomotique.

La technique suivie par moi est, en somme, celle de von Hacker modifiée et perfectionnée par Hartmann, à savoir : 1° surjet séro-séreux postérieur; 2° ouverture de l'estomac et de l'intestin au bistouri et aux ciseaux sur 3 centimètres de long; 3° surjet total des deux lèvres postérieure et antérieure; 4° surjet séro-séreux antérieur, commençant à gauche, à 6 centimètres au moins du nouvel orifice gastro-intestinal, pour se continuer à droite jusqu'à 4 centimètres au moins au delà de la commissure de celui-ci.

Aucun liquide ne s'est écoulé de l'estomac; quelques gouttes du contenu intestinal sont venues seulement sourdre à la surface de l'intestin, mais elles ont été recueillies sur des compresses aseptiques et n'ont rien souillé. Toutes les sutures gastro-intestinales

ont été faites à la soie fine. La paroi a été refermée par une suture à trois plans : 1° un surjet péritonéal au catgut; 2° quelques fils profonds (crins de Florence) prenant à la fois la peau, l'aponévrose et le muscle; 3° quelques crins superficiels ne comprenant que la peau.

En somme, j'ai fait une gastro-entérostomie postérieure suivant la méthode de von Hacker ainsi modifiée et à laquelle j'ai toujours recours parce qu'elle m'a toujours donné des résultats favorables.

Suites. — Elles m'ont d'abord inquiété parce que la malade a vomi abondamment pendant deux jours (vomissements bilieux et noirâtres), fait que je ne constate presque jamais après semblable opération ; et aussi parce que le pouls s'est maintenu durant quarante-huit heures entre 110 et 124.

Injection de sérum; lait et eau glacée.

Au bout de trois jours, l'état de la malade s'améliorait.

Au douzième jour, j'enlevais les points de suture, la réunion s'étant faite par première intention.

L'alimentation fut très rapidement normale. Au bout de six jours, la malade put manger et garder une côtelette, ce qu'elle n'avait pas fait depuis son accident.

Depuis lors, l'amélioration fut rapide; le poids de la malade s'est accru de 16 livres. Il n'y a plus eu un seul vomissement et pas le moindre trouble digestif.

Le calibre œsophagien maintenu normal par un cathétérisme hebdomadaire que pratique la malade elle-même permet une déglutition absolument parfaite.

Je ne ferai pas suivre cette observation d'un long commentaire. C'est un exemple de plus de sténose pylorique par *corrosion* traité avec succès par la gastro-entérostomie. Comme M. Robineau, je n'ai pas eu un seul moment l'idée de recourir à une autre opération, à une pylorectomie, par exemple.

C'est jusqu'à présent le seul cas de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer et de traiter, mes gastro-entérostomies antérieures étant pratiquées pour des rétrécissements consécutifs à des ulcères ou des cancers. Il semble d'ailleurs, d'après M. Quénu et M. Tuffier, qu'on ne puisse guère compter qu'une vingtaine d'observations analogues dans la littérature médicale.

Chez ma malade, les lésions semblent localisées à la partie inférieure de l'œsophage et au pylore; le reste du tube est demeuré indemne. Il ne paraît y avoir eu jusqu'à présent, en tant que phénomène tardif, aucune altération gastrique notable. L'état de plénitude de l'estomac a-t-il protégé en grande partie la muqueuse gastrique contre l'action corrosive du liquide ingéré, soit

en diluant ce liquide, soit en le maintenant à distance? C'est bien possible.

J'ai été frappé également du peu d'ectasie de l'estomac. Je ne crois pas qu'il faille voir dans ce fait, comme on l'a prétendu, l'existence de *bandes cicatricielles des faces et des courbures de l'estomac* ayant par leur inextensibilité bridé l'estomac et empêché sa dilatation consécutive.

Il y a, à mon avis, une explication beaucoup plus simple. Le rétrécissement œsophagien s'étant constitué avec plus de rapidité encore que celui du pylore, l'alimentation s'est trouvée de suite fort diminuée; d'autre part, la sténose pylorique évoluant également très vite n'a pas laissé le temps aux parois gastriques de se distendre. Dans les cas de ce genre le calibre du pylore diminue si rapidement qu'il force de suite à l'intervention; la musculature gastrique n'a pas le temps d'entrer en jeu et de compléter pendant quelques mois l'insuffisance de l'orifice de sortie.

A l'occasion du procès-verbal.

Massage du cœur.

M. Mauclaire. — Dans le rapport de notre collègue Rochard je n'envisagerai que la deuxième partie, celle qui a trait au massage du cœur. Actuellement les observations « publiés » 32 au total, sont assez nombreuses pour qu'il soit indispensable de sérier les cas afin d'être fixé sur la valeur possible de cette pénible intervention. A notre avis il faut bien distinguer les faits dans lesquels le massage a été pratiqué pour une lésion traumatique du cœur, d'où épanchement sanguin comprimant l'organe, et ceux dans lesquels l'arrêt du cœur est le résultat d'une intoxication bulbo-cardiaque par le chloroforme ou l'éther. On sait en effet de par des recherches récentes combien le sang et le système nerveux central sont intoxiqués par le poison anesthésique pendant la narcose (Nicloux, Tissot).

En classant les *résultats d'après les voies d'accès* nous trouvons (1), sans tenir compte de la cause du collapsus :

A. — Massage direct par la *voie thoracique*, dix-sept cas, qui donnent sept insuccès complets, cinq insuccès avec retour de quelques contractions, quatre insuccès mais avec retour des contractions pendant une ou plusieurs heures, et enfin un succès complet.

(1) Statistique de Lenormant: *Revue de chirurgie*, mars 1906. — Mauclaire et Zésas. *Archives internationales de chirurgie*, 1906, et Rapport de Rochard.

B. — Massage par la *voie transdiaphragmatique*, cinq cas qui donnent cinq insuccès.

C) Massage par la *voie sous-diaphragmatique*, dix cas qui donnent six succès définitifs, deux insuccès après retour passager des contractions cardiaques; deux insuccès complets.

En cherchant par contre à sérier les cas d'après la cause du collapsus, voici ce que nous constatons :

A. — Vingt-quatre observations de *massage cardiaque pour collapsus anesthésique*, soit :

a) Par la *voie thoracique* : sept insuccès complets, deux insuccès avec quelques contractions cardiaques, deux cas suivis de contractions pendant huit heures dans l'un et pendant vingt-quatre heures dans l'autre, et enfin un succès complet.

b) Par la *voie transdiaphragmatique* : cinq cas avec cinq insuccès complets.

c) Par la *voie sous-diaphragmatique* : sept cas avec un insuccès complet, un succès pendant quelques instants, cinq succès définitifs.

Il faudrait ici encore distinguer les syncopes au début, et celles survenant au bout d'une demi-heure au plus de l'intoxication chloroformée des centres nerveux encéphaliques et du cœur lui-même.

Je rappellerai que pour Battelli, chez les animaux chloroformés, après trente minutes d'arrêt les battements cardiaques se rétablissent rarement. Prus cependant admet une heure d'arrêt.

Il faut noter aussi les cas dans lesquels le malade a des lésions rénales gênant l'élimination du poison anesthésique.

B. — Deux cas de massage pour *collapsus cardiaque* au *cours d'intervention sans anesthésie*, et pour résultat un insuccès complet (voie thoracique R. Lefort), un succès partiel avec contractions pendant quelques heures (voie sous-diaphragmatique, Gray).

C) Trois cas de massage prolongé pour *collapsus cardiaque consécutif à un traumatisme du cœur ou du péricarde* donnant pour résultat : un succès définitif (Conning), un succès pendant une heure (Alves), un succès pendant cinq heures (Lenormant). Mais dans les observations de suture du cœur pour plaie, on note souvent que l'opérateur a fait reparaître les battements du cœur comprimé par le sang épanché, grâce à une légère pression de l'organe.

D. — Massage pour *embolie pulmonaire* (cas de Tuffier) : contractions pendant quelques instants.

E. — Massage pour *asphyxie par pendaison* (cas de Prus) : contractions pendant quelques instants, une heure après l'accident.

F. — Massage pour *mort apparente à la naissance* (cas de Vanverts) : insuccès complet (voie sous-diaphragmatique).

Pour ce qui a trait aux méthodes opératoires, il n'est pas douteux que la voie sous-diaphragmatique est celle qu'il faut tenter tout d'abord. Mais en cas d'insuccès de cette méthode, je pense qu'il faut recourir ensuite à la voie transdiaphragmatique. Elle permet d'avoir le cœur en main et cela facilite la circulation dans les vaisseaux coronaires surtout, fait physiologique important pour la reviviscence du cœur.

Accessoirement il a été question ici des injections intravasculaires, pour rappeler la malade à la vie. C'est là un point que les physiologistes ont beaucoup étudié, et d'Halluin (1) dans sa remarquable thèse critique et expérimentale a bien montré les résultats aussi curieux qu'encourageants.

Par l'expérimentation chez les animaux et chez l'homme (suppliciés ou cœurs d'enfants nouveau-nés), tantôt on injecte *vers le cœur* des solutions de sérum salin de Locke, ou d'adrénaline, ou de chlorure de potassium pour éviter les trémulations fibrillaires (d'Halluin), soit par la jugulaire interne, soit par l'artère fémorale. Tantôt on a injecté du sérum salin dans la carotide interne *vers l'encéphale* et *surtout le bulbe* qu'il s'agissait de désintoxiquer (observation personnelle). Cela rappelle l'expérience célèbre de Brown-Séquard.

Chez les animaux des succès ont été obtenus par l'une ou l'autre de ces injections ou irrigations vasculaire et cardiaque. Pourquoi ne réussiraient-elles pas aussi parfois chez l'homme? Mais ici les observations publiées ne sont pas assez nombreuses ni assez variées.

Dans tous les cas, pour obtenir la reviviscence du cœur, on peut essayer plusieurs méthodes. Les unes sont mécaniques, ce sont la piqûre simple ou électrique du cœur la ponction évaquatrice du cœur droit (Walson), la compression rythmique ou le masssage du cœur, l'insufflation trachéale et pulmonaire, la respiration artificielle, etc.

Dans les autres méthodes, l'excitabilité du cœur est obtenue soit par des irrigations intravasculaires ou intracardiaques de sérum salin isotonique, soit par des injections intravasculaires et intracardiaques de substances irritatives : adrénaline, à 1 p. 5000, sang veineux oxygéné (d'Halluin).

Pour rester sur le terrain du collapsus chloroformique, quand au bout d'une demi-heure de respiration artificielle, on ne constate aucun symptôme de retour à la vie, on est autorisé à employer l'un des procédés susindiqués. Reste à savoir, pour un cas donné, quel est le bon.

(1) D'Halluin. Massage du cœur, reviviscence du cœur. *Thèse* de Lille, 1904, et *Trémulations fibrillaires du cœur*, Paris, Masson, 1905.

M. Tuffier. — Je suis heureux de voir la progression qu'a suivie cette pratique du massage du cœur. M. Mauclaire vient de nous dire très justement que des injections vasculaires artérielles pouvaient lui être adjointes. Je crois ces injections pratiquées dans la carotide primitive ou la carotide interne très justifiées. Elles ont pour but de désintoxiquer les noyaux du bulbe. J'ai eu moi-même recours à cette méthode il y a environ deux ans, et cela sans le moindre succès d'ailleurs.

Hématome sous-péritonéal
par rupture spontanée de l'artère épigastrique.

M. P. Michaux. — Il y a environ deux ans, au mois d'octobre, j'étais appelé par mon confrère le Dr Arnould, ancien interne des hôpitaux, auprès d'une dame âgée de soixante-sept ans environ, qui avait été prise brusquement, trente-six heures auparavant, de douleurs abdominales très vives dans la région de la fosse iliaque droite, en dessous du plan transversal passant par l'ombilic.

Ces douleurs s'accompagnaient d'un certain gonflement du ventre, avec troubles intestinaux : constipation, arrêt des gaz, vomissements.

Le pouls était petit, mais assez bien frappé entre 100 et 110. La température entre 37°5 et 38 degrés.

L'examen de l'abdomen me montra un ventre légèrement météorisé, dont la région iliaque droite était occupée par une tuméfaction en forme de boudin, qui me fit penser soit à une collection appendiculaire, soit à une invagination iléo-cæcale, soit enfin à quelque étranglement interne anormal, comme j'en avais déjà observé un cas.

Quel que fût d'ailleurs le diagnostic vrai, l'intervention chirurgicale nous parut urgente; elle fut immédiatement proposée et pratiquée trois heures après au domicile de la malade.

Anesthésie chloroformique.

Laparotomie médiane. A notre grand étonnement, le péritoine ne présente aucune lésion ni appendiculaire, ni cæcale, ni intestinale. Nous constatons que la tumeur est tout entière contenue dans l'épaisseur de la gaine du muscle droit de l'abdomen du côté droit, et qu'elle fait à la face profonde, sous le péritoine, une énorme saillie noirâtre en forme de boudin haut de 20 centimètres environ.

L'incision péritonéale est refermée et nous faisons, sur le bord externe du muscle droit, une grande incision qui nous conduit

dans un vaste hématome diffus, occupant toute la gaine du muscle droit jusqu'au-dessus de l'ombilic.

La cavité débarrassée avec des compresses du sang et des caillots infiltrés en tous sens qu'elle contenait, nous constatons nettement qu'à 6 ou 8 centimètres au-dessus de son origine, l'artère épigastrique était rompue sur une longueur de 1 centimètre et demi environ.

L'artère était nettement scléro-athéromateuse. Je fis la ligature des deux bouts sans trop de difficultés.

La plaie fut laissée largement ouverte, avec un gros drain du calibre du pouce et des compresses de gaze stérilisée.

Pendant vingt-quatre heures, l'état fut assez satisfaisant, mais peu à peu le pouls baissa, devint de plus en plus petit et filiforme, et la malade succomba au bout de cinquante à soixante heures, malgré tous les efforts de ses médecins.

Cette observation m'a paru mériter de vous être communiquée, car je n'en connais pas de pareille.

Son appareil clinique a été tout à fait analogue à celui des grosses invaginations intestinales, et son allure générale est tout à fait comparable à celle que mes collègues ont rapportée dans des hématomes sous-péritonéaux profonds dus à des lésions rénales.

A ce titre, j'ai pensé qu'il était utile de vous faire connaître en détail cette observation.

Fracture par enfoncement de la voûte du crâne.
Abcès intracérébral consécutif. Intervention, guérison.

M. E. Potherat. — Messieurs, dans la séance du 11 juillet dernier, je vous ai présenté un malade opéré et guéri d'un abcès intracérébral. Voici entière l'observation de ce malade :

C'est un ouvrier de trente ans qui, le 28 juillet dernier, en se rendant à son travail, voulut traverser un convoi de cavalerie. Renversé, il roula sous les pieds des chevaux ; l'un d'eux lança une ruade qui vint l'atteindre à la tête au niveau de la région fronto-pariétale supérieure du côté droit.

Il fut apporté dans mon service de l'hôpital Broussais, presque aussitôt, plusieurs heures avant mon arrivée. Mon excellent interne, M. Sourdat, se mit en devoir de lui donner les premiers soins. L'homme était dans un demi-coma, le pouls et la respiration étaient lents mais réguliers. Les membres et le tronc paraissent indemnes de toute lésion. Mais au niveau de la région temporo-pariétale droite, il existe une plaie longue de 9 à 10 centimètres, verticale, à bords irréguliers, un peu déchiquetés. Cette plaie

saigne assez abondamment, et au fond on aperçoit de la matière cérébrale. Du sang s'écoule par le conduit auditif du côté droit et par les deux narines; enfin, il existe une hémiplégie gauche avec paralysie du facial inférieur.

M. Sourdat, par une incision perpendiculaire à la plaie accidentelle, découvre largement le foyer traumatique qu'il nettoie soigneusement et dont il fait l'hémostase. Il constate alors que le crâne est enfoncé au niveau de la région temporo-fronto-pariétale sur une étendue de 4 à 5 centimètres dans l'axe vertical et dans l'axe antéro-postérieur. Le morceau enfoncé est en plusieurs fragments mobiles : M. Sourdat enlève les esquilles qui pénètrent plus ou moins dans la substance cérébrale et qui appartiennent partie à l'écaille temporale, partie au pariétal. Les méninges sont déchirées, en lambeaux ; la substance cérébrale qui est soulevée par des battements s'en va en bouillie. Du bord inférieur de la perte de substance osseuse part une fissure qui se dirige en bas vers la base du crâne.

M. Sourdat nettoie une dernière fois la plaie, draine et tamponne avec de la gaze stérilisée, et réunit partiellement la plaie des parties molles. Pansement aseptique à l'extérieur.

Les jours qui suivent n'offrent rien de bien particulier. Pendant trois jours, il reste dans l'assoupissement, a de la rétention des matières intestinales et des urines et garde son hémiplégie. Cependant, le troisième jour, la paralysie est bien moins complète au membre inférieur gauche. Signe de Babinski ; la paralysie faciale n'est plus que de la parésie ; l'otorragie et les épistaxis ont cessé, mais il y a une forte ecchymose palpébrale et sous-conjonctivale du côté droit.

Le quatrième jour, le malade commence à uriner spontanément ; on obtient en la provoquant une garde-robe ; il est plus éveillé et répond aux questions.

Je passe rapidement sur les suites ultérieures, qui n'offrent rien de spécial ; à la fin d'août, le malade est guéri de sa tête ; il a une légère parésie du membre inférieur gauche qui lui permet la marche. Mais il a une paralysie complète avec contracture en flexion du membre supérieur gauche. Il persiste une légère asymétrie faciale.

C'est dans ces conditions que ce malade quitte mon service au mois d'octobre dernier et ainsi se termine la première phase de son histoire.

La deuxième phase commence en mars 1906. Le malade est pris, nous dit sa femme, d'attaques d'abord rares, puis fréquentes, analogues à des attaques de haut mal. Ces attaques débutent

par une sensation éprouvée dans le membre supérieur gauche.

Le malade entre dans mon service et est mis en observation. Il paraît aller mieux, sort, mais revient au milieu du mois de mai. Les attaques épileptiformes sont nettes et fréquentes ; il y a de la céphalalgie, de l'assoupissement. Le malade répond à peine aux interrogations. Il a eu un vomissement le jour de son entrée, la constipation est très marquée. Le pouls est lent, au-dessous de 60 : il descendra même à 56, 52 et 48 le jour de l'opération. La respiration est lente, mais régulière. Pas de fièvre.

Du côté de la cicatrice crânio-encéphalique, une modification importante s'est faite ; cette cicatrice est soulevée, tuméfiée, bat violemment, et elle paraît chaque jour s'élever davantage au dehors. Une ponction lombaire faite par mes internes, MM. Bonvoisin et Marre, permet de retirer 40 centimètres cubes d'un liquide céphalo-rachidien d'apparence normale à l'œil mais riche en lymphocytes et contenant quelques polynucléaires. Cette ponction est suivie d'un affaissement de la tuméfaction survenue au niveau de la cicatrice, mais cette tuméfaction reprend bien vite ses précédents caractères.

Le diagnostic d'abcès cérébral me parut s'imposer, et le 19 mai j'intervins sous l'anesthésie chloroformique. Je fis une incision cruciale de la cicatrice et des débris dure-mériens adhérents. Je tombai alors sur une substance cérébrale blanchâtre, molle, diffuse, se vidant sous les doigts. Je pus donc, avec deux doigts, l'écarter et pénétrer dans l'intérieur du crâne. A une profondeur assez grande, je sentais une résistance beaucoup plus ferme que partout alentour. Je refoulai peu à peu la substance cérébrale et j'arrivai à une profondeur de 6 à 7 centimètres sur un dôme résistant, tendu, d'aspect blanc mat, régulier et lisse. J'introduisis dans ce dôme une aiguille, du pus sortit, j'étais au niveau d'un abcès. Je pris un bistouri, j'incisai longitudinalement et j'ouvris un foyer à parois très nettes (je pus en saisir les lèvres avec des pinces hémostatiques) contenant de 40 à 50 grammes d'un pus épais, crémeux, louable, comme on eût dit jadis. Je lavai cette poche au biiodure de mercure, j'y mis un drain long de 10 centimètres, et une mèche aseptique de chaque côté du drain et je refermai le cuir chevelu.

Le résultat de cette intervention fut de suite très bon. Le soir même le pouls s'était relevé à 72, la torpeur avait diminué. Le lendemain, le malale est tout à fait réveillé; il se félicite de ne plus souffrir de la tête, et demande à boire et à manger. A partir de ce jour, le rétablissement se fait très vite, et bientôt notre malade se retrouve dans le même état qu'avant l'apparition de ses attaques épileptiformes: il est même un peu amélioré, car sa

paralysie du membre supérieur gauche est moins absolue; il peut faire quelques mouvements; la contracture surtout est bien moins marquée.

Nous avons laissé le drain en place pendant plusieurs semaines, puis nous l'avons peu à peu raccourci et enfin supprimé tout à fait: peu de jours après, la plaie du cuir chevelu était fermée.

Rapports.

Anévrisme artériel du tronc tibio-péronier. Extirpation. Guérison, par M. le Dr HERMANN-LEGRAND, chirurgien de l'Hôpital européen d'Alexandrie (Égypte), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Rapport par M. A. DEMOULIN.

Les anévrismes artériels du tronc tibio-péronier sont rares. Vèzes, dans sa thèse de doctorat (Paris, 1890, *Anévrismes des artères de la jambe*), compte, sur 34 cas d'anévrismes spontanés de la jambe, 5 cas d'anévrismes du tronc tibio-péronier, et sur 52 cas d'observations d'anévrismes traumatiques, 5 cas, encore, intéressant le tronc tibio-péronier.

Les anévrismes du tronc tibio-péronier sont, de tous, ceux qui exposent le plus à la gangrène; aussi, est-on fort embarrassé quand on a à les traiter, et *a priori* l'extirpation semble dangereuse, bien que ce soit, dit Delbet, « le traitement le plus rationnel, puisque, c'est celui qui supprime la plus petite étendue d'artère, au point de vue fonctionnel; mais il n'a pas encore fait ses preuves, car je ne connais pas d'autre cas, que celui de Javara ».

L'observation que M. le Dr Legrand a lue dans la séance du 25 octobre 1905, observation intitulée : *Anévrisme sous-poplité (tronc tibio-péronier); extirpation entre trois ligatures; guérison*, est donc des plus intéressantes; c'est le premier cas d'extirpation d'anévrisme artériel spontané du tronc tibio-péronier qui ait été apporté ici, et, malgré de nombreuses recherches, je n'en ai pas à mon tour trouvé d'autre que celui du Dr Javara, de Bucarest, publié en 1897 dans le *Centralblatt für Chirurgie*; aussi, je vous demande la permission d'en insérer la relation, dans nos Bulletins, en même temps que l'observation du Dr Legrand.

Voici d'abord l'observation de M. Legrand :

Anévrisme sous-poplité (tronc tibio-péronier); extirpation entre trois ligatures. Guérison.

Hassan M..., Barbarin, originaire de la Nubie, garçon de recettes à Alexandrie, entre à l'Hôpital européen en juin 1900.

Il se plaint d'une grosseur dans le creux poplité gauche et de douleurs irradiées dans tout le membre ; en même temps, il signale une petite tumeur pulsatile à la partie interne de la cuisse droite.

C'est un garçon robuste et n'ayant jamais été malade; il nie toute syphilis, de bonne foi, je pense, car les indigènes n'en font guère, un point d'honneur.

Depuis un an, environ, il a des douleurs dans le membre inférieur gauche, surtout, au niveau du jarret et du genou.

La tumeur poplitée, ou plutôt sous-poplitée, est arrondie, un peu allongée de haut en bas, saillante, et située dans la partie inférieure du creux poplité; elle semble recouverte, en partie, par les inus de jonction des deux muscles jumeaux.

Sa consistance est molle, dépressible; avec les doigts, on peut l'effacer tout à fait, puis, elle se regonfle progressivement. Elle ne présente ni pulsations ni frémissements. Son volume ne varie pas, dans la station debout, ni dans le décubitus. La couleur et la température de la jambe et du pied sont normales; pas d'œdème, pas de varices.

Le malade éprouve des crises : douleurs lancinantes dans le membre inférieur, tantôt dans l'articulation du genou, tantôt le long des nerfs, aussi bien couché que debout; la marche les exaspère, il ne peut plus travailler.

Mon diagnostic est *anévrisme du creux poplité*. La petite tumeur pulsatile, située à la face interne de la cuisse droite, est aussi un anévrisme situé sur la fémorale, à quatre travers de doigt, environ, au-dessous de l'anneau crural; son volume est celui d'une petite noix, mais on distingue facilement sa configuration fusiforme. Les battements sont isochrones à ceux du pouls, sans thrill ni souffle. Le malade n'en souffre pas et montre cette petite masse, que l'on voit battre à l'œil nu, comme une curiosité.

Le reste du système artériel paraît sain; pas d'exostoses, pas de cicatrices suspectes, pas d'albumine.

La nature spécifique de ces deux anévrismes me paraît évidente, malgré les dénégations du malade. Ayant la croyance que la plupart, sinon tous les anévrismes spontanés, sont syphilitiques, comme préparation, tout au moins, à une intervention sanglante, je soumets le malade à une cure mixte intensive : frictions mercurielles et iodure de potassium (6 à 10 grammes par jour), combinées avec le repos au lit et un bandage ouaté compressif, pendant dix à quinze jours.

Au bout de ce temps, les douleurs dans la jambe gauche avaient diminué, grâce au repos sans doute, mais le volume de la tumeur poplitée, après quelques pas, n'avait pas changé. Le petit anévrisme de la fémorale était aussi resté le même.

Le malade voulait être opéré des deux à la fois. Je décidai l'extirpation de l'anévrisme poplité seul, d'abord, *par prudence*.

Opération. — Bande d'Esmarch. Incision de 12 centimètres sur le milieu de la région poplitée, descendant un peu plus bas que la naissance du mollet; ligature et section de la veine saphène externe.

Après l'incision de l'aponévrose et l'extirpation des ganglions lym-

phatiques, je libère et récline en dehors, le nerf sciatique poplité externe, et je ménage, autant que possible, les branches nerveuses qui se divisent en éventail pour gagner les muscles du mollet.

Je tombe alors, sur la tumeur, recouverte par la veine et ses afférentes. Flasque, vide de sang, elle remplit encore tout le creux poplité et s'enfonce, un peu, sous l'arcade du triceps sural. Les veines lui sont intimement adhérentes, et, il est impossible de les récliner; je pose une ligature sur la veine poplitée, trois ou quatre ligatures sur ses afférentes, puis, après dissection de la graisse et du tissu cellulaire lâche, la tumeur apparaît nette et entière. En haut, elle se continue avec l'artère poplitée; en bas, elle se termine par une extrémité arrondie, d'où émergent, séparés par un intervalle transverse, d'un bon centimètre, deux troncs artériels : la tibiale postérieure et la péronière.

Je place une bonne ligature, immédiatement au-dessus de l'anévrisme. Section au-dessous de cette ligature. L'orifice supérieur est alors saisi avec deux pinces de Kocher posées sur ses bords, attiré facilement en arrière, et l'index, glissé en avant, décolle, sans peine, la face antérieure du sac des parties sous-jacentes.

La tumeur vient et, dès qu'elle est suffisamment dégagée, deux ligatures sont placées sur les origines de la tibiale postérieure et de la péronière.

La tibiale antérieure, les articulaires n'ont pas été vues. La bande d'Esmarch enlevée, aucune artère ne donne. L'opération est terminée; les parties molles sont rapprochées par quelques catguts, mais il reste une cavité, relativement énorme, que je draine avec une grosse mèche de gaze.

La jambe est placée dans une gouttière en fil de fer, bien habillée d'ouate, et environnée de boules d'eau chaude.

Suites opératoires. — Le lendemain matin, le pied n'a pas changé de couleur; sa température, au toucher, est sensiblement égale à celle du pied droit.

Les douleurs ont cessé et, deux ou trois jours après l'intervention, je remets le malade à l'iodure.

La cavité poplitée s'est comblée lentement, et, par suite de quelque faute dans les pansements ultérieurs, a suppuré au bout de huit à dix jours, mais la cicatrisation, au bout d'un mois environ, était par faite.

Le malade s'est alors levé et a marché peu à peu, sans troubles de circulation, de calorification, et sans gêne bien appréciable.

Détail important : au bout de ce mois, et certainement sous l'influence du traitement spécifique, le petit anévrisme de la fémorale droite avait disparu.

Cette opération a maintenant cinq ans de date; j'ai revu Hassan plusieurs fois ; il a repris, six mois après, son métier de garçon de recettes, boitant un peu les premiers temps. A présent, il marche et monte des escaliers toute la journée. Sa jambe gauche, a le même aspect et le même volume, que la droite ; seulement, il s'y est développé une circulation collatérale sous-cutanée remarquable, en ce sens, que les veines

grosses et tendues qui la composent n'ont pas du tout l'apparence flexueuse et ampullaire des varices.

Il me paraît intéressant de souligner les réflexions suivantes :

1° L'étiologie des deux anévrismes, nonobstant les dénégations du malade, est évidemment la syphilis, ainsi que le traitement spécifique l'a montré pour le plus petit;

2° Cette observation est *un cas typique d'anévrisme du tronc tibio-péronier*; c'est en raison de la région topographique où il s'est développé que je l'ai intitulé : *anévrisme sous-poplité*, dénomination qui comporte bien, il me semble, un mode d'intervention précis et un pronostic spécialement favorable;

3° En effet, après l'extirpation, la circulation s'est rétablie facilement et immédiatement, grâce à la conservation de la tibiale antérieure et des articulaires.

L'examen de la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter vient à l'appui de ces remarques.

Je regrette que notre Collègue, ne nous ait pas dit, dans son observation, comment la circulation se faisait dans les artères sous-jacentes à l'anévrisme, si les pulsations étaient perceptibles dans les artères pédieuse et tibiale postérieure, si elles étaient affaiblies ou retardées.

Ici, le fait important au point de vue opératoire, est la conservation de l'artère tibiale antérieure, qui n'a pas été intéressée par l'intervention, et dont l'intégrité permet de comprendre le rétablissement de la circulation artérielle de la jambe.

Voici maintenant l'observation de M. Juvara, que je crois devoir rapporter *in extenso* :

Un cas d'anévrisme du tronc tibio-péronier. Extirpation. Guérison, par le Dr E. Juvara, assistant de la première clinique chirurgicale de Bucarest (*Centralblatt für Chirurgie*, 1897, 22 mai, n° 20). (Observation traduite par M. Coryllos, interne provisoire des hôpitaux.)

M. C. C..., barbier, âgé de quarante ans, entre à l'hôpital « Barlad si Elena Beldiman ». (Directeur, M. le Dr Cerchez), le 27 juillet 1896, pour une tumeur volumineuse du creux poplité.

Blennorragie sans complications, à l'âge de seize ans ; deux ans plus tard, chancre mou avec adénite inguinale; au printemps de 1895, maladie fébrile, avec gonflement des membres inférieurs, qui se couvrirent d'ulcérations suppurantes; guérison, après une cure iodée, dans une station thermale.

Pourtant, le membre droit resta toujours tuméfié, et il était le siège de douleurs, de fourmillements et de pesanteur pendant la marche.

L'hiver de la même année, le malade fit une chute sur la glace; quelques jours après, il entra à l'hôpital, où l'on constata une tumé-

faction de la moitié supérieure de la face postérieure de la jambe droite.

La peau était rouge et œdématiée, et la palpation permettait à peine de constater la présence d'une tumeur dure et pulsatile; on porta le diagnostic d'anévrisme enflammé. On mit le malade au repos absolu, le membre inférieur immobilisé dans une gouttière. Huit jours après, les phénomènes aigus se calmèrent et le malade quitta l'hôpital.

Mais quelques jours après, la jambe devint plus grosse, les douleurs étaient continuelles, parfois intolérables, et ne se calmaient que peu, sous l'influence des injections de morphine.

C'est dans cet état que le malade entra de nouveau à l'hôpital.

C'est un malade solidement bâti, avec un système musculaire et nerveux parfaitement développés. La cuisse droite, a une circonférence de 65 centimètres, dépassant de 20 centimètres, celle du côté opposé.

A la partie inférieure du creux poplité, *au-dessous du pli de flexion*, commence une tumeur globuleuse, qui s'étend jusqu'au tiers moyen de la jambe. La peau qui recouvre la tumeur est d'apparence normale, sans adhérence, mais tendue.

A la palpation, on constate la présence d'une tumeur immobile, grosse comme une tête d'enfant. Les limites, faciles à déterminer à sa partie supérieure, deviennent très difficiles à préciser, en bas, en dedans et en dehors, en raison des plans musculaires qui recouvrent la tumeur. En dehors, la tumeur paraît être en relations intimes avec le péroné.

Elle est animée de battements isochrones aux pulsations artérielles, qui semblent être plutôt des battements communiqués, que de véritables expansions.

A l'auscultation, on ne trouve pas de souffle.

Les pulsations de l'artère fémorale et de l'artère poplitée sont faciles à constater au-dessus de la tumeur; on ne les trouve pas, au contraire, au niveau de la tibiale antérieure, de la pédieuse et de la tibiale postérieure.

L'articulation du genou est libre; ses mouvements sont normaux.

Rien d'anormal sur la face antérieure du membre inférieur.

Toutes *les artères sont souples*, facilement compressibles, nullement athéromateuses.

Le cœur est normal.

Le malade se plaint de douleurs intermittentes, exaspérées par la pression, souvent violentes, irradiant vers le pied. Quelquefois, il a des crampes et des fourmillements à la jambe.

Après un examen attentif de ces symptômes, j'ai porté le diagnostic probable, d'anévrisme du tronc tibio-péronier, et peut-être aussi, de l'extrémité inférieure de l'artère poplitée ou d'une des artères de la région postérieure de la jambe (tibiale postérieure ou péronière).

Opération. — Anesthésie par le chloroforme.

La bande d'Esmarch, appliquée au-dessus du genou, fut nouée légèrement au-dessous du sac, pour éviter le passage d'un caillot, à la suite d'un mouvement intempestif, dans le torrent circulatoire.

Sur la face postérieure de la jambe, on fit une incision, partant du milieu du creux poplité, et allant jusqu'à un travers de main au-dessus du talon.

L'incision intéressa l'aponévrose et les muscles jumeaux; la veine saphène est réclinée; sous les deux jumeaux, on trouve le soléaire, dont l'arc, aminci, croise en écharpe la face postérieure de la tumeur, qui se trouve ainsi divisée en deux parties : une supérieure, placée dans la moitié inférieure du creux poplité, et une inférieure sous le soléaire. A l'aide de la pince et de la sonde cannelée, on isole la face postérieure de l'anévrisme de la face antérieure du soléaire, qu'on a fendu dans toute sa longueur, sur l'index servant de guide. Le soléaire très tendu est dégénéré; on y trouve des fibres pâles, perdues dans des amas adipeux.

La tumeur, dans son ensemble, affecte une forme ovoïde, à petite extrémité inférieure. Ses parois, au niveau de son extrémité inférieure sont, par places, très minces. Le pédicule supérieur, a été saisi par une pince; il est formé par la terminaison de l'artère et de la veine poplitées, cette dernière se perdant dans la paroi interne du sac.

Le nerf tibial postérieur chemine sur la face postérieure du sac, et repose dans une gouttière creusée dans sa paroi. Sa libération constitue la partie la plus difficile de l'opération; elle fut pourtant complète et aucun de ses rameaux ne fut déchiré.

L'isolement du sac fut rapide en dedans, tandis qu'en dehors il a été très difficile, à cause de son adhérence à la tête et au corps du péroné.

Pendant la dissection du sac, celui-ci se déchira, et il fut ainsi possible de le vider de son contenu et d'isoler complètement ses parois.

L'extrémité supérieure fut sectionnée, le sac récliné et sa paroi antérieure fut disséquée jusqu'à l'espace interosseux.

Les artères tibiale antérieure, tibiale postérieure et péronière à leur naissance, furent saisies avec une pince et liées. Les deux lèvres du soléaire furent suturées, ainsi que les jumeaux, l'aponévrose et la peau. Pas de drainage, immobilisation du membre dans une gouttière, après pansement antiseptique et compressif.

La guérison suivit son cours régulier. Seulement, quelques fils de soie suppurèrent, les uns durent être enlevés, les autres s'éliminèrent d'eux-mêmes. Pas de fièvre. Le malade ne souffre pas, mais il ressent quelques fourmillements. Le membre est chaud, sensible, et la peau a son apparence normale. Au bout de huit jours, les fils superficiels sont enlevés; de la sérosité purulente s'écoule de l'extrémité supérieure de la plaie, que l'on draine aussitôt; au bout de quelques jours, la sécrétion cesse complètement. La plaie est nette et commence à bourgeonner rapidement. Un mois après l'opération, le 28 août, le malade quitte l'hôpital.

J'ai revu le malade, huit mois après l'opération, il était complètement guéri.

Le cas est intéressant à deux points de vue :

1° En raison de la rareté de l'anévrisme tibio-péronier.

2° En raison du traitement par le procédé de l'extirpation.

Dans mon cas, le sac anévrismal commence à l'extrémité inférieure de l'artère poplitée, au-dessous de la naissance des collatérales inférieures; du sac lui-même partent : en haut, l'artère poplitée, en avant, la tibiale antérieure, et en bas, par un tronc commun, les artères tibiale postérieure et péronière.

Dans mon cas, l'extirpation du sac ne s'accompagna d'aucun symptôme d'insuffisance circulatoire, et le membre ne fut, à aucun moment, menacé de gangrène.

La voie collatérale, par laquelle la circulation se rétablit, fut vraisemblablement le cercle artériel péri-articulaire, et les artères récurrente tibiale et tibiale antérieures.

Bien que dans le cas ci-dessus, traité par l'extirpation, le résultat obtenu fût tout à fait remarquable, le dernier mot n'est pas encore dit sur le traitement des anévrismes du tronc tibio-péronier; mais, je crois qu'ici aussi l'extirpation est la meilleure méthode, surtout pour les anévrismes volumineux, remplis de caillots, au voisinage desquels existe une circulation collatérale suffisante pour rétablir la circulation du membre inférieur.

Il est expressément indiqué, dans cette observation, que les artères pédieuse, tibiale antérieure et tibiale postérieure, ne battaient pas, ce qui fait penser que la circulation collatérale était déjà développée, avant l'intervention. Cela permettait, me semble-t-il, de bien augurer de l'extirpation.

Dans l'observation de Legrand, la tibiale antérieure n'a pas été liée, elle l'a été dans le cas de Juvara, mais à son origine, et, par conséquent, en arrière du point de naissance de l'artère récurrente tibiale antérieure. Comme le dit Juvara, « la voie collatérale par laquelle la circulation s'est rétablie fut, vraisemblablement, le cercle artériel péri-articulaire et les artères récurrente tibiale et tibiale antérieure ».

C'est aussi mon opinion, mais les ressources qu'offre la circulation collatérale sont, pourvu que les artères soient en bon état, souples, non athéromateuses, infiniment plus étendues que ne saurait le faire prévoir l'examen des injections les mieux réussies, les plus fines, du système artériel, injections telles que savaient les pratiquer nos aînés.

Je n'en veux pour preuve que l'observation suivante, résumée, que notre collègue Arrou a rapportée, ici, en 1904 (Bulletin n° 36).

Il s'agit d'un gros anévrisme poplité, dont l'extrémité supérieure remonte, à quatre travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire du genou, dont l'extrémité inférieure est indistincte; « la tumeur se confondait, sans limites précises, avec les muscles

du mollet, occupant toute la partie basse de la région poplitée, semblant faire corps avec les masses musculaires ».

L'anévrisme fut extirpé, le fil supérieur fut placé, à 2 centimètres au-dessous de l'orifice inférieur du canal de Hunter. La poche anévrismale fut rejetée en bas; elle était flasque, molle, faisant corps avec les nerfs, les tendons, le ligament postérieur de l'articulation du genou. Son pôle inférieur s'arrêtait juste sur l'anneau du soléaire. Le point, d'où émerge l'artère tibiale antérieure, était dépassé de deux bons centimètres; d'ailleurs, cette artère avait été trouvée en cours de route, émergeant du sac, et liée en passant. Deux heures après l'opération, le pied était aussi chaud que celui du côté opposé.

Comment la circulation s'est-elle rétablie dans ces circonstances? L'anatomie ne nous montre plus qu'une voie collatérale bien petite, pour irriguer la jambe, voie représentée par les quelques ramuscules superficiels unissant la grande anastomotique avec la récurrente tibiale antérieure. Je crois bien qu'une telle voie serait insuffisante si, depuis longtemps la circulation collatérale ne s'était établie par des anastomoses que nous ne connaissons pas en anatomie normale, et qui doivent, certainement, se développer dans les cas où la circulation artérielle est gênée par la présence d'un anévrisme.

Sans doute, le dernier mot n'est pas dit sur le traitement des anévrismes artériels du tronc tibio-péronier, et je crois devoir rappeler, ici, le beau résultat qu'a obtenu M. le professeur Le Dentu, par la méthode des injections sous-cutanées de sérum gélatiné de Lanceraux et Paulesco; mais les deux cas que je viens de rapporter sont bien faits, pour encourager les chirurgiens à traiter les anévrismes du tronc tibro-péronier, par la méthode de l'extirpation.

Je vous propose d'adresser des remerciements à M. Legrand. Ancien interne des hôpitaux de Paris; notre compatriote soutient brillamment, à l'étranger, le bon renom de la chirurgie française. Je suis convaincu que vous ne l'oublierez pas, quand nous aurons à élire des membres correspondants.

M. Bazy. — Je n'ai pas l'expérience des anévrismes du tronc tibio-péronier; je n'ai pas fait de recherches sur ce sujet, par conséquent je n'ai aucune objection à faire à l'opinion de ceux qui pensent que l'extirpation des anévrismes du tronc tibio-péronier est grave.

Toutefois, j'estime que les deux cas dont parle M. Demoulin, ceux de M. Juvara et de M. Arrou qui ont trait à des anévrismes volumineux, sont de ceux dont l'extirpation est le moins dangereux. Il y a quelque seize ans, dans un mémoire que j'ai publié

dans nos Bulletins à propos d'un énorme anévrisme inguino-iliaque, je disais que l'extirpation était d'autant plus indiquée que l'anévrisme était plus volumineux (on discutait encore beaucoup sur la valeur respective de l'extirpation des anévrismes et les autres méthodes opératoires).

En effet, quand l'anévrisme est volumineux, il permet, en raison de l'ancienneté de la tumeur, le développement d'une circulation collatérale suffisamment active pour qu'on n'ait pas à craindre les ligatures multiples d'artères.

Or un anévrisme qui envahit la tibiale antérieure est un anévrisme qui doit être volumineux, même quand il a débuté bas.

La guérison dans les deux cas de MM. Juvara et Arrou n'est donc pas pour surprendre et est conforme aux conclusions auxquelles j'étais arrivé dans mon mémoire d'il y a seize ans.

M. Arrou. — Je puis donner à notre collègue Demoulin un renseignement intéressant sur la circulation artérielle de mon opéré. Sa pédieuse ne battait pas, non plus que sa tibiale postérieure. On en pouvait conclure que la circulation trouvait quelque difficulté à se faire par le sac, mais empruntait de menues voies collatérales. C'étaient donc des artérioles déjà dilatées, préparées au rôle que leur imposerait l'opération. Celle-ci ne m'en parut que plus indiquée, et l'événement démontra que bien avant le jour où fut placée la ligature, la circulation artérielle était esquissée, pour le moins, par des voies de dérivation. Delbet, je crois, a déjà parlé, dans son mémoire, de cette question du battement ou du non-battement de la tibiale postérieure. En tout cas, il est bon de revenir sur ce signe, auquel il me semble légitime d'attacher une grande importance.

Contusion de l'abdomen. Rupture intra-péritonéale de la vessie. Laparotomie. Suture vésicale. Guérison,
par M. E. Michon, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. LUCIEN PICQUÉ.

Notre collègue des hôpitaux, Michon, vous a récemment présenté un malade de mon service de Bichat, chez lequel il a pratiqué d'urgence et avec succès une suture de la vessie dans un cas de rupture traumatique, et vous m'avez prié de vous présenter un rapport sur cela.

Voici d'abord l'observation du malade rédigée d'après les notes

qu'a remises à M. Michon un de mes excellents externes, M. G. de Fontenay.

M. R... (Joseph), âgé de quarante-neuf ans, fut renversé au sortir d'un dîner par une voiture de laitier, le 5 avril 1906. Le choc du brancard sur l'épaule projeta le malade violemment sur le dos, et la voiture continuant sa marche, une roue passa en écharpe sur l'abdomen, en allant de l'épine pubienne à l'hypocondre droit. Ces commératifs sont établis d'après les renseignements assez vagues donnés par le blessé. Celui-ci ne perdit pas connaissance. Relevé, il put rentrer chez lui en se faisant soutenir, et monta même un étage. Il se mit au lit; mais brusquement, au bout de quelques instants, il fut pris d'une douleur très vive de l'abdomen, et le médecin appelé ordonna son transport à l'hôpital Bichat, où il fut reçu dans le service de mon maître, M. Picqué.

J'eus l'occasion de voir le malade vers minuit, c'est-à-dire quatre ou cinq heures après l'accident. Avant mon arrivée, l'interne de garde avait sondé le malade, retiré 150 grammes d'urine sanglante et posé le diagnostic de rupture de la vessie.

Lors de mon examen, le ventre n'est nullement ballonné; il n'y a ni ecchymose ni contusion superficielle donnant un renseignement sur la nature du traumatisme. La palpation du ventre est douloureuse au niveau de l'hypogastre, il existe une défense musculaire très nette. La pression sur les branches horizontales et descendantes du pubis est indolore; d'où l'on peut conclure qu'il n'existe pas de fracture du bassin. La pression dans les flancs et l'échancrure costo-iliaque n'est pas douloureuse, et l'on ne peut admettre une contusion rénale. A la percussion, on constate une submatité dans les fosses iliaques droite et gauche, pas de matité médiane correspondant à une vessie distendue; on ne sent pas d'ailleurs à la palpation de globe vésical saillant.

Le malade n'a pas uriné depuis l'accident; malgré des besoins fréquents, il n'arrive à émettre aucune goutte de liquide. Un sondage pratiqué à ce moment permet de retirer environ 200 grammes de liquide sanguinolent fortement coloré, surtout à la fin. Le pouls est à 90, et la température à 37°5; il y a eu un seul vomissement après le traumatisme.

Le diagnostic paraît assez évident; les commémoratifs d'abord, puis l'hématurie terminale sans traumatisme appréciable du rein; la défense musculaire font penser à une rupture intra-péritonéale.

Une incision médiane est pratiquée par M. Michon environ six heures après l'accident avec l'aide de M. de Fontenay, externe du service. On ne trouve pas trace d'épanchement sanguin dans la cavité de Retzius. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une grande quantité de liquide sanguinolent, asséchement de la cavité péritonéale à l'aide de compresses; le blessé est alors mis dans une position demi-déclive. L'aide déprimant la masse intestinale, on peut constater sur la ligne médiane postérieure une déchirure longue de 6 centimètres commençant à deux travers de doigt en arrière du cul-de-sac péritonéal. Les bords en sont irréguliers et déchiquetés, bordés par la couche musculaire. Les parois de la vessie

sont très épaisses. Deux sutures en surjet furent faites au catgut : l'une comprenant toute l'épaisseur de la paroi vésicale, l'autre séro-séreuse. Une injection poussée lentement dans la vessie montra que la suture était étanche.

Drainage de l'abdomen par deux drains. Sonde béquille à demeure.

La guérison fut rapide. La sonde à demeure a été supprimée au bout de cinq jours. A ce moment, il se produisit une fistule urinaire sus-pubienne qui dura cinq jours, et qui s'accompagna le premier jour d'une légère élévation de température.

La plaie se cicatrisa rapidement et le malade se levait au bout d'un mois. Il quitta l'hôpital le 13 mai.

Revu au mois de juin, sa santé est parfaite, les urines sont claires, les besoins d'uriner normaux comme fréquence, pas d'éventration au niveau de la cicatrice. La cystoscopie montra une vessie à colonnes assez développées ; une dépression existe au niveau de la cicatrice de la paroi vésicale.

L'observation de M. Michon est intéressante à divers titres, et je vous demande la permission de m'y arrêter quelques instants devant vous.

Chez son malade, la rupture s'est produite sans fracture du bassin, et sous l'action d'une pression violente.

Dans le cas de fracture, un fragment osseux produit généralement une perforation ou une déchirure du réservoir. Quand celle-ci vient à manquer, la rupture, et seulement à l'état de distension, se fait par cause directe, et son siége est variable.

La veine distendue se trouve prise entre la pression exercée par le corps pesant (chez le blessé de M. Michon, il s'agissait d'une roue de voiture), et le point d'appui sur lequel elle repose (soit le plancher pelvien, soit un des points de la ceinture pelvienne, promontoire ou symphyse du pubis). Ce point d'appui doit nécessairement varier selon la position du malade et le point d'application du corps écrasant ; la vessie vient à se rompre alors comme Laugier l'admettait pour les ruptures de l'intestin, en un point qui varie selon le point d'appui : chez notre malade, la déchirure était postéro-inférieure.

Peut-on admettre que la vessie distendue chez le malade de M. Michon s'est écrasée sur le promontoire sacro-vertébral ?

Il est intéressant de remarquer que d'après les classiques actuels, les ruptures postéro-inférieures se produisent surtout spontanément ; d'après Tuffier, les traumatismes produiraient surtout des ruptures en haut et en arrière.

Mais comme, dans le cas actuel, les ruptures traumatiques sont en général intra-péritonéales : dans les statistiques globales, celles-ci sont d'ailleurs beaucoup plus fréquentes que les extra-

péritonéales, 88 p. 100 pour Fenwick, 85 p. 100 par Ullmann.

Le diagnostic de la rupture est en général facile. Dans le cas actuel, le ténesme vésical, l'hématurie terminale, l'absence de tout signe appréciable du côté du rein ne prêtaieut guère à la discussion.

En outre, il n'existait pas de saillie médiane, et la submatité bilatérale permettait de supposer que la rupture était intra-péritonéale.

Mais parfois le diagnostic de la blessure reste incertain. L'hématurie peut manquer quand la déchirure siège au sommet périvasculaire du dôme vésical, ou quand la sonde introduite par la déchirure ramène une grande quantité d'urine.

Mon ancien interne Morel, dans une étude récente publiée en 1906 (Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de la vessie, *Annales des maladies génito-urinaires*, 1906, dit avoir constaté que quel que soit l'intervalle entre deux cathétérismes, toujours la quantité d'urine sanglante ramenée par la sonde reste la même. Si l'intervalle est grand, le trop-plein au delà d'une certaine limite se vide dans le péritoine : si les deux cathétérismes se suivent, l'urine péritonéale revient dans la vessie. Ce signe, peut-être un peu théorique, n'a pas été recherché par M. Michon.

Quoi qu'il en soit, le cathétérisme s'impose toujours dans les cas douteux de rupture vésicale, et M. Michon, à mon sens, a bien fait d'y avoir recours. Nous dirons avec les auteurs que toute autre méthode d'exploration doit être rejetée (injection d'air, cystoscopie, boutonnière, etc.).

Il y a peu de temps encore, le pronostic des ruptures intra-péritonéales traitée chirurgicalement, était considéré comme particulièrement grave.

La laparotomie immédiate, suivie de suture de la vessie, donnait seulement 42 p. 100 de guérison au moment où notre collègue Tuffier écrivait son article dans le traité de Duplay et Reclus.

Depuis cette époque, les statistiques se sont améliorées. Jones, en 1903, donnait 27 p. 100 de mortalité (7 décès sur 22 cas) (1). Dans le travail publié en 1904 par G. Dambrin et Papin (2), nous trouvons, en éliminant les observations de la statistique antérieures à 1900, dix-huit interventions avec cinq morts, soit un peu plus de 16 p. 100 de mortalité. Or, dans certains de ces cas, nous voyons des opérations pratiquées au troisième ou au qua-

(1) Daniel Fiske Jones. Interpéritonéal rupture of the bladder, *Annales of surgery*, 1903, page 215.

(2) Ruptures intra-péritonéales de la vessie sans fracture du bassin dans les contusions abdominales, par G. Dambrin et Papin, *Annales des maladies des organes génito-urinaire,s* pages 641, 721, 801.

trième jour, si bien que parmi les ruptures viscérales intra-péritonéales, nous pouvons dire que celles de la vessie sont relativement bénignes. Mais pour avoir de bons résultats, il faut intervenir de suite : or parfois les symptômes du début peuvent manquer.

On a signalé des malades qui faisaient après la rupture une marche plus ou moins longue. Le blessé de M. Michon est rentré à pied chez lui et a monté un étage soutenu par des amis. Après un calme plus ou moins long, la péritonite éclate avec son cortège de symptômes : il est alors le plus souvent trop tard pour intervenir.

Il n'en est pas heureusement toujours ainsi. M. Michon a opéré son malade au bout de six heures, et le succès qu'il a obtenu fait honneur à sa promptitude de décision et à son habileté opératoire.

Quant à la technique suivie par notre jeune collègue, je ne puis qu'approuver la suture totale bien supérieure à la suture partielle, conseillée par Vincent ; il sera toujours nécessaire, comme il l'a fait d'ailleurs, de placer une sonde à demeure pendant les premiers jours, et de drainer le cul-de-sac de Douglas avec une mèche de gaze pour se mettre à l'abri des conséquences d'une fistule consécutive comme il s'en est produit une chez son malade, au moment du retrait de la mèche.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Michon de son intéressante observation.

Communications.

Deux cas de pylorectomie pour linite plastique ; de la dilatation de l'œsophage, à la suite d'une gastrectomie presque totale,

par M. QUÉNU.

J'apporte à l'étude de la linite plastique les observations complètes de deux malades que j'ai pu suivre jusqu'à l'inévitable terminaison de leur maladie. Dans les deux cas, il s'agit d'une forme particulière d'épithélioma, particulière non seulement par l'aspect macroscopique des lésions, l'épaississement calleux des parois stomacales et l'infiltration étendue de la couche sous-muqueuse, mais encore par la disposition et la morphologie des éléments épithéliomateux. Voici d'abord ces deux observations.

Obs. I. — C..., trente-deux ans, garçon d'amphithéâtre, à Clamart, entre à l'hôpital Cochin, salle Boyer, le 18 juillet 1898, pour des troubles gastriques consistant surtout en vomissements.

Aucun antécédent héréditaire.

Antécédents personnels chargés. Rougeole et scarlatine dans le bas âge. A neuf ans, hydarthrose d'origine traumatique, dit le malade, mais qui ne l'en amène pas moins à une résection du genou à l'âge de dix-huit ans, résection faite par M. Quénu à l'hôpital de Bicêtre. Enfin, il y a trois ans, en 1895, le malade fait une poussée d'urticaire qui se répète l'année suivante.

Il y a quatre ans, le malade est pris vers trois heures du matin de douleurs excessivement violentes du côté de l'S iliaque, douleurs accompagnées de vomissements : la partie gauche du ventre présentait alors une tumeur du volume du poing. Au bout de quatre à cinq heures, tout disparaissait. Ces accidents se reproduisaient une dizaine de fois à des intervalles variant de trois à quinze jours.

Depuis deux ans le malade commence à ressentir des malaises vers la région épigastrique, puis deux à trois fois par jour il présente des salivations très abondantes. Enfin, il y a cinq mois, ces salivations ont fait place à des vomissements qui se sont établis sans aucun douleur; vomissements de matières alimentaires sans bile ni sang et permettant au malade de s'alimenter de nouveau aussitôt après, le malade se trouvant soulagé par l'évacuation de son contenu stomacal. Toute la journée renvois aigres. Constipation habituelle. Alcoolisme marqué.

Le malade a beaucoup maigri depuis cinq mois. Il y a un an, son poids était de 75 kilogrammes, il est tombé à 63. Excès alcooliques avoués entre vingt et trente ans.

A l'examen on constate que la région épigastrique présente une masse dure, allongée transversalement, se terminant en pointe à droite, régulière, légèrement bosselée, mais sans dureté ligneuse et assez lisse. On sent très nettement, à son contact les battements de l'aorte. Au dire du malade, la tumeur se déplacerait; on constate en effet sa mobilité, suivant les changements de position du malade. Sous l'influence de la palpation, on voit apparaître dans la région du pylore une tumeur qui augmente peu à peu par ondulations successives, puis disparaît.

Diagnostic : Cancer de l'estomac.

Le 30 juillet, intervention : préparatifs habituels, laparotomie sus-ombilicale. Résection de la portion pylorique de l'estomac malade et des ganglions y attenant.

Gastro-entérostomie postérieure.

Suites opératoires. — Pendant les trois jours qui suivent l'opération, la température oscille autour de 38 degrés, le pouls se maintient bon aux environs de 100, diurèse normale. Pas de vomissements.

Chaque jour le malade reçoit 1 litre de sérum jusqu'au quatrième jour. Le deuxième jour on commence à l'alimenter.

Le 7 août, enlèvement des fils; réunion par première intention.

La guérison suit son cours normal, l'alimentation devient régulière et le malade sort guéri le 21 août. Au mois de novembre suivant, C..., put reprendre son service à l'amphithéâtre et il le fit régulièrement pendant près de deux ans; à cette époque il fut pris d'étouffements et de perte des forces. L'examen thoracique révéla l'existence d'un épanchement pleural; à plusieurs reprises on retira par la ponction du liquide hémorragique; les accès d'oppression se rapprochèrent et le malade finit par succomber à son affection pleuro-pulmonaire; à aucun moment nous n'observâmes de troubles fonctionnels du côté de la digestion, et spécialement du côté du fonctionnement de la bouche gastro-jéjunale. La palpation répétée du ventre demeura négative et ne fit percevoir au creux épigastrique ni induration, ni tumeur quelconque du ventre.

L'examen de la pièce enlevée avait été immédiatement fait par M. Landel.

EXAMEN DE LA PORTION EXTIRPÉE (Note remise par Landel).

I. — *Examen macroscopique.*

La partie enlevée montre au centre une large portion ulcérée superficiellement, de 6 à 8 centimètres environ dans les deux sens. — Vers les deux extrémités cardiaque et pylorique, on voit sur une largeur de 2 à 3 centimètres la muqueuse hypertrophiée, mamelonnée. A la coupe, parois très épaissies, dépassant dans leur totalité 20 millimètres. Muqueuse pylorique = 2 millimètres; muqueuse cardiaque plus épaisse = 4 millimètres. L'épaississement porte principalement sur la sous-muqueuse qui dépasse 10 millimètres; musculeuse atteignant parfois 8 millimètres, principalement vers la région cardiaque. Tissus blanchâtres, durs et résistants, quoique relativement faciles à sectionner; la muqueuse est pourtant restée assez souple.

Les deux petits ganglions enlevés sont un peu indurés, blanchâtres sur la coupe.

II. — *Examen microscopique.*

Muqueuse. — Vers l'extrémité pylorique, la muqueuse semble normale. Vers l'extrémité cardiaque, les glandes sont hypertrophiées, formant des mamelons et des végétations peu marquées; mais l'épithélium a conservé tous ses caractères et ne peut être considéré comme ayant subi la transformation épithéliomateuse, tout au moins dans les nombreux points examinés.

A la surface de la partie ulcérée, on voit ordinairement encore l'extrémité inférieure des culs-de-sac glandulaires, plongés dans une grande quantité de cellules migratrices. Les culs-de-sac ont parfois complètement disparu et il n'y a plus qu'une nappe de tissu inflammatoire.

Mais en plusieurs régions, et notamment vers la portion cardiaque de l'estomac, on aperçoit au niveau des culs-de-sac de gros éléments épithéliaux isolés ou groupés en petit nombre, globuleux, avec un ou plusieurs noyaux excentriques et souvent déprimés en forme de croissant; ces éléments rappellent absolument ceux des cancers à évolution muqueuse. Ils sont parfois très nombreux, infiltrent la portion restante de la muqueuse au même titre que les éléments lymphatiques. — Ils semblent prendre exclusivement leur origine dans les culs-de-sac glandulaires de la portion ulcérée, et de préférence vers la région cardiaque.

Sous-muqueuse. — Celle-ci est parsemée de nodules inflammatoires; elle a subi à un degré très marqué la transformation fibreuse. On n'y trouve point d'éléments néoplasiques.

Musculeuse. — Cette tunique n'a pas subi la transformation fibreuse d'une façon très sensible, mais elle est surtout œdématiée dans ses couches les plus internes; les faisceaux musculaires sont dissociés et les noyaux plus ou moins atrophiés. La couche externe semble au contraire être demeurée relativement saine; les éléments y paraissent à peu près normaux.

Ganglions. — Les ganglions sont presque entièrement infiltrés d'éléments carcinomateux. On y voit partout des masses de cellules épithéliales logées dans des alvéoles plus ou moins nettes. Ces éléments sont tantôt polymorphes, avec un protoplasme abondant et un noyau central en voie de prolifération, tantôt globuleux, remplis d'une sécrétion spéciale, avec des noyaux excentriques souvent aplatis en forme de croissant; ils sont alors identiques à ceux que nous avons rencontré dans la tumeur initiale.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une femme que nous adressa le Dr Chauffard.

Obs. II. — Au... Ros..., femme D..., cinquante-huit ans, entre à l'hôpital Cochin, salle Delpeuch, service de M. Chauffard, le 2 février 1903, pour des maux d'estomac coïncidant avec une tumeur qui siège à la région épigastrique.

Pas d'antécédents héréditaires. — Comme antécédents personnels, c'est une femme robuste, marchande des quatre saisons, qui n'a jamais fait de maladie, a été réglée à dix-huit ans, mariée à trente ans, et a eu un enfant mort accidentellement. Elle prend quotidiennement un litre de vin et deux verres de rhum et elle accuse des rêves professionnels et des visions d'animaux.

C'est au milieu d'août 1902, l'année dernière, que la malade a commencé à souffrir de l'estomac, accusant une sensation de brûlure extrêmement vive. Ces douleurs ne tardèrent pas à devenir permanentes, mais devenaient plus intenses dès que la malade absorbait un aliment quelconque. Dix minutes, un quart d'heure après le repas, la malade vomissait. Plus tard, la malade retrouvait dans ses vomissements

les aliments ingérés quelques jours avant. Aussi, spontanément, la malade s'était-elle mise au lait.

Amaigrissement très marqué ; en août, la malade pesait 78 kilog. 500, en février 51 kilogrammes.

Enfin depuis trois mois la malade a constaté au niveau de l'épigastre la présence d'une tumeur mobile sous l'influence de la toux et de la réplétion stomacale. Elle va alors consulter un médecin et elle entre à l'hôpital Cochin dans le service de M. Chauffard qui porte le diagnostic de cancer du pylore, avec sténose et, devant ces signes et la grande mobilité de la tumeur, confie la malade à M. Quénu.

Actuellement, au point de vue fonctionnel, les douleurs ont persisté, mais elles ont diminué d'intensité et ne sont plus permanentes. Les vomissements ont cessé depuis l'établissement du régime lacté.

La tumeur se présente sous l'aspect d'une masse absolument lisse et arrondie, très mobile sous la main qui la palpe et se déplaçant nettement à droite et en haut par insufflation de l'estomac. Les mouvements de la malade suffisent seuls à la déplacer. C'est donc une tumeur stomacale, et devant ses caractères morphologiques (on a au toucher la sensation de palper un rein mobile), M. Quénu, se rappelant son cas antérieur, n'hésite pas à porter le diagnostic de linite plastique.

Intervention le 23 février. Après la laparotomie sus-ombilicale, on trouve que l'estomac présente au niveau du pylore une tumeur absolument lisse, sans adhérences, se continuant sans transition avec le reste de l'organe ; les doigts seuls permettent de sentir les limites de la tumeur qui s'arrête d'une part nettement au pylore et s'étend d'autre part sur les deux tiers de l'estomac. Toute cette portion envahie est rigide, cartonneuse et corrobore le diagnostic posé. Résection de toute cette portion malade ; seul le sommet de la grande courbure est respecté, et la surface de section épaissie montre que le processus pathologique d'œdème se poursuit dans les tuniques stomacales. Gastro-entérostomie postérieure ; l'anse d'intestin grêle est passée à travers le méso-côlon.

Suites opératoires excellentes, la température ne dépasse jamais 37°6 ; on alimente la malade dès le quatrième jour. Le dixième jour, ablation des fils, réunion *per primam*, alimentation plus substantielle : purée, œufs, viande, mais par petites quantités (quatre repas par jour). Le poids de la malade, qui vingt-six jours après l'opération n'était que 47 kilogr. 500, passa rapidement à 48 kilogrammes puis à 51 kilogr. 600, et le 10 mars la malade sort complètement guérie.

Depuis cette époque la malade fut revue deux fois, la dernière fois en juillet 1904, elle se portait admirablement bien et ne souffrait nullement.

Elle avait repris sa profession de vendeuse de légumes à la petite voiture. La particularité unique mais intéressante qu'elle présentait, c'est qu'elle était obligée de manger à chaque instant ; cette nécessité d'une alimentation fréquente a du reste été signalée dans un assez grand nombre de résections étendues de l'estomac.

A la fin de 1905, la malade, qui avait cessé tout travail depuis quelques mois, revint nous voir, elle avait de nouveau maigri ; nous l'hospitalisons et sous l'influence du repos et d'une bonne alimentation, elle regagne 1 kilo et demi, mais peu à peu elle maigrit encore, perd ses forces et souffre un peu au creux de l'estomac où nous sentons profondément comme une plaque indurée ; sauf quelques regurgitations au moment où la malade essayait de manger autre chose que des liquides, il y eut peu de troubles mécaniques dans la digestion et la malade s'éteignit peu à peu de cachexie ; la mort survint le 7 mai, soit plus de trois ans après l'opération.

La pièce enlevée par l'opération avait été soumise à l'examen de M. Landel qui nous remit la note suivante :

Examen de la pièce. — 1° Examen macroscopique. La partie enlevée comprend la presque totalité de l'estomac ; ses dimensions sont 8 centimètres de longueur sur la petite courbure et 15 centimètres sur la grande. Toute cette partie se tient absolument rigide. A la section suivant la petite courbure, on voit que les parois de l'estomac sont considérablement épaissies.

Cet épaississement commence brusquement au niveau de la valvule pylorique où il atteint 1 cent. 5, pour gagner les parois stomacales jusqu'au niveau de la ligne d'exérèse où l'épaisseur descend à 1 centimètre. Toute cette paroi revêt un aspect grisâtre lardacé et crie sous le couteau. La surface intérieure est inégale, mamelonnée, mais on ne trouve pas d'ulcérations à proprement parler. Vers le fond, la muqueuse semble faire corps avec les couches sous-jacentes.

2° Examen microscopique. Cet examen a porté sur de nombreux points.

Muqueuse. — La muqueuse n'existe pas sur toute l'étendue de la tumeur ; sur une assez grande étendue correspondant à la zone indurée, elle n'existe plus, on ne trouve que du tissu conjonctif tassé. Par ailleurs on voit nettement le fond des culs-de-sac glandulaires proliférer avec une grande activité ; dans ce cas, le doute n'était pas possible, au premier coup d'œil sur les coupes, on reconnaissait qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Sous-muqueuse. — C'est la couche sur laquelle a porté surtout l'hypertrophie. Par places, elle est envahie par les éléments cancéreux.

Musculeuse. — Ne présente rien de particulier.

Sur cette pièce les éléments cancéreux muqueux ne sont pas en aussi grande abondance que sur la pièce précédente, mais il est encore cependant possible de les y retrouver. Cela n'a rien qui doive nous étonner, puisque l'on sait que cette transformation muqueuse est une étape dans l'évolution des cancers. Il suffit que nous en retrouvions des éléments.

On sait que l'interprétation de la linite plastique est encore

controversée : sclérose essentielle ou secondaire, gastrite chronique spécialement d'origine alcoolique, variété d'épithélioma infiltré, telles sont, avec les nuances intermédiaires que comportent toutes les hypothèses, les trois principales interprétations qui ont été données.

La plupart des observations récentes dans lesquelles un plus grand soin a été apporté à l'examen histologique des lésions, sont favorables à la thèse cancéreuse. Les deux nôtres sont de cet ordre. Notre première observation nous explique que la nature vraie de la lésion ait pu échapper à l'observation ; au lieu des alvéoles habituelles du cancer, il n'était possible de distinguer au niveau de la partie superficiellement ulcérée qu'une nappe de tissu inflammatoire au milieu duquel persistaient çà et là quelques débris de glandes ; dans ce tissu apparaissaient seulement isolés ou en petits groupes quelques éléments globuleux semblables à ceux que l'on peut rencontrer dans les épithéliomes à évolution muqueuse. C'est en retrouvant ces éléments dans les ganglions que tout doute fut levé pour nous.

Dans la seconde observation, l'hésitation n'était plus de mise, mais nous retrouvions également la transformation muqueuse des éléments épithéliaux.

Sans prétendre que l'infiltration calleuse soit restreinte aux cas d'épithéliomas à évolution muqueuse, nous remarquons cependant la coexistence de la linite avec l'infiltration diffuse de cellules muqueuses dans plusieurs observations publiées, entre autres, dans la première observation de Hoche, dans une deuxième du service de Weiss, dans une de Spillman, etc. D'autre part, nous établissons un rapprochement avec un certain nombre de cas de cancers du rectum, que nous avons observés et dans lesquels l'aspect cartonné s'étendant à distance, très au delà de la zone néoplasique coïncidait avec l'altération muqueuse des cellules épithéliomateuses.

D'après ces observations encore trop peu nombreuses, il pourrait s'établir une relation entre une forme d'épithélioma et l'aspect spécial qui caractérise la linite ; je suis loin d'ailleurs de prétendre que cette relation doive être constante ; voilà le petit point d'anatomie pathologique que je voulais mettre en lumière. Si je passe au côté chirurgical de la question, je relève que le diagnostic put être cliniquement établi dans la seconde observation, grâce à la sensation de surface lisse, non tubéreuse, que donnait la masse stomacale, grâce aussi à la sensation de dureté moindre et plus uniforme, à la consistance comparable à celle d'un rein mobile.

La survie de nos opérés a été de deux ans pour le premier, de trois ans pour la seconde. Chez le premier, il n'y eut aucun trouble

fonctionnel du côté des voies digestives, ni possibilité de percevoir par la palpation abdominale aucune induration quelconque; chez la seconde, la mort survint à la suite d'une récidive locale; néanmoins, l'alimentation fut possible jusqu'à la fin et les vomissements furent exceptionnels.

L'autopsie nous révéla dans ce dernier cas des particularités fort intéressantes. Nous avions fait chez cette malade une gastrectomie presque totale, ne laissant qu'un petit dôme appendu au cardia, et nous avons relevé dans l'observation clinique que cette femme était obligée de manger très souvent pour satisfaire sa faim.

Or, à l'autopsie, nous trouvâmes une dilatation considérable de la portion inférieure de l'œsophage avec un épaississement des parois du conduit et la présence de plis longitudinaux formant de véritables colonnes.

Dilatation de l'œsophage à la suite d'une gastrectomie.

Examen anatomo-pathologique. — Le conduit œsophagien est très dilaté dans toute sa partie inférieure et s'élargit progressivement jusqu'à la cavité de l'estomac, la circonférence mesure près de 8 et 10 centimètres par places. Au niveau du tiers inférieur, les parois sont très épaissies (14 millimètres environ); la surface interne présente quatre ou cinq plissements longitudinaux s'étendant d'un bout à l'autre du conduit, mais prenant une importance de plus en plus grande vers le bout inférieur, où ils forment des colonnes de 10 millimètres de large sur 8 millimètres de hauteur (sur la coupe transversale).

Examen histologique.

Des coupes pratiquées au niveau d'une de ces colonnes montrent trois couches distinctes à l'œil nu :

1° Une zone interne, molle, riche en éléments cellulaires, correspondant en grande partie à la muqueuse et à la sous-muqueuse, et atteignant 9 millimètres d'épaisseur;

2° Une zone musculaire peu modifiée, de 4 à 5 millimètres d'épaisseur;

3° Une couche séreuse de 1 millimètre.

La zone interne, la plus intéressante, correspond à peu près exclusivement à la sous-muqueuse. En effet, la muqueuse a presque disparu à la surface, ou plutôt s'est confondue avec la sous-muqueuse. Ordinairement, il n'y a plus d'épithélium à la surface; mais pourtant on rencontre par places de l'épithélium simple ou stratifié sur deux à trois couches, à cellules allongées ou polymorphes. Enfin, en certaines places, on remarque des papilles peu élevées constituées par le tissu conjonctif recouvert ou non de quelques cellules épithéliales plus ou moins atrophiées. On ne trouve pas de glandes dans toute cette zone interne.

La structure de ce tissu est presque partout aréolaire. On aperçoit des mailles plus ou moins grandes limitées par des travées fibrillaires

ou d'aspect fibrineux ; dans ces mailles se trouvent le plus souvent de grosses cellules paraissant de nature conjonctive, à protoplasme très apparent, à noyau généralement petit, mais de forme variable, émettant des prolongements qui s'anastomosent avec les trabécules du reticulum. Il y a aussi une assez grande quantité de petites cellules rondes, qui deviennent abondantes en certains points où l'aspect réticulé devient moins net, principalement autour des vaisseaux et sous la surface interne.

On rencontre, noyées au milieu de ce tissu, des fibres musculaires lisses isolées par petits faisceaux, parallèles à la surface, correspondant évidemment aux restes de la *muscularis mucosæ*.

Cette couche paraît en résumé correspondre à la sous-muqueuse œdématiée et fortement épaissie.

La seconde zone, formée de muscles lisses, affecte à peu près la disposition normale. Elle paraît toutefois légèrement hypertrophiée et un peu œdématiée ; les faisceaux sont souvent fragmentés par du tissu conjonctif fibrillaire dans lequel on retrouve de grosses cellules, comme dans la zone interne.

La séreuse est un peu épaissie, mais ne présente pas de particularités intéressantes à signaler.

Comme on le voit par cette note, remise par Landel, l'épaississement correspond à la sous-muqueuse œdématiée, et sans que les fibres musculaires soient sensiblement augmentées de nombre ou de volume. Notre observation répond donc à la question que se posaient Terrier et Hartmann (1) au sujet de la formation d'une poche œsophagienne à la suite d'une gastrectomie totale. « On n'a pas encore constaté directement la formation de cette poche après ablation totale de l'estomac », écrivaient Terrier et Hartmann en 1899. Non seulement la poche se forme, mais les parois de l'œsophage s'épaississent, et l'épaississement a son siège principal dans la sous-muqueuse.

M. Monprofit. — A propos de ce que vient de dire M. Quénu sur la « linite plastique » je rappellerai que, le 16 mars 1898, j'ai présenté à la Société de chirurgie une tumeur pyloro-gastrique qui avait beaucoup de rapports avec celle dont M. Quénu vient de vous entretenir. Cette tumeur extrêmement indurée avait été regardée par plusieurs de mes collègues comme étant de nature cancéreuse. Un examen histologique très soigneux fait par le regreté Pilliet concluait au diagnostic : *linite plastique*. Or cette malade qui avait très bien guéri de son intervention fut prise de récidive un an plus tard et succomba ; il s'agissait bien, comme dans les cas cités par M. Quénu, d'une tumeur maligne. Il paraît vraisemblable

(1) *Chirurgie de l'estomac*, p. 302.

que la plupart des cas de linite plastique sont de la même nature.

M. Quénu. — Je comprends d'autant mieux l'erreur histologique d'un histologiste comme était Pilliet que cette même erreur fut commise par mon préparateur si compétent en examens de tumeurs gastro-intestinales ; il importe de rechercher par des réactifs convenables les cellules à dégénérescence muqueuse qui, disséminées dans la trame, sont parfois les seuls témoins du cancer. M. Monprofit a donc raison d'insister comme nous sur la possibilité de ces erreurs. Je pense que la conclusion qui se dégagera de plus en plus des observations précises, c'est que la linite n'est qu'une variété d'épithélioma gastrique.

Volvulus du cæcum.

M. Quénu présente la pièce de volvulus du cæcum dont il a parlé dans une des dernières séances.

M. Michaux. — J'ai observé moi-même, cette année, un cas de volvulus du cæcum analogue à celui que M. Quénu vient de nous présenter, mais plus complexe en ce sens qu'avec le volvulus du cæcum coexistait une torsion totale de l'intestin grêle. Je vous communiquerai ultérieurement ce fait, mais je voudrais dès aujourd'hui poser la question de savoir s'il n'existe pas entre toutes ces lésions une sorte de gradation progressive qui les relie dans un groupe commun.

Kyste racémeux de l'ovaire,

(Avec présentation de pièces)

par M. L.-Gustave Richelot.

J'ai enlevé dernièrement une tumeur ovarique assez exceptionnelle, et je pense qu'il n'est pas sans intérêt de vous la présenter. C'est un *kyste racémeux*, variété rare qui a fait le sujet de l'excellente thèse de Bender (1904).

Il s'agit d'une jeune femme auprès de laquelle je fus appelé deux mois après un accouchement normal et à terme, qui n'avait été suivi d'aucun accident. Seulement, Mme A... ne pouvait reprendre ses forces et restait dans son lit, avec un ventre volumineux et une constipation opiniâtre. Lorsque je l'examinai, les

anses intestinales se dessinaient sous la peau ; il y avait sans nul doute une accumulation de matières qui, seule, attira d'abord mon attention ; l'appétit était nul, et il fallait se hâter de prévenir des accidents plus graves d'obstruction. Des laxatifs et des lavages de l'intestin furent prescrits, une série d'évacuations fut obtenue, et bientôt la situation s'éclaircit : le ventre avait diminué, mais dans une faible mesure; il restait volumineux, et il était facile de percevoir à la palpation trois grosses bosselures fluctuantes, l'une médiane et sus-pubienne, la seconde dans la fosse iliaque gauche, la troisième dans la fosse iliaque droite et jusque sous le foie. L'utérus était petit, mobile, sans annexites, et tout à fait indépendant des tumeurs.

Ces trois bosselures paraissaient avoir des parois minces ; rien ne pouvait faire penser à un kyste multiloculaire de forme commune; rien non plus à ces tumeurs végétantes qui s'accompagnent d'ascite. S'il y avait trois kystes, quel pouvait être leur point de départ? S'il y en avait deux, avec trois lobes, étaient-ce des kystes parovariens? S'il n'y en avait qu'un, quelle pouvait être cette masse liquide, trilobée, occupant la moitié du ventre, les deux côtés et la ligne médiane? La malade me disait avoir eu un gros ventre, qui ne la faisait pas souffrir et auquel elle se résignait, depuis trois ou quatre ans, c'est-à-dire depuis son premier enfant; mais aujourd'hui, les tumeurs avaient beaucoup grossi, et elles étaient sensibles à la pression.

J'étais donc fort embarrassé pour porter un diagnostic, mais de toutes façons il fallait agir, et l'opération eut lieu le 27 juin. Par une longue incision, je trouvai une énorme masse multiloculaire, un assemblage de gros kystes séreux en forme de grappe, qui dépendait des annexes gauches, mais qui s'en allait remplir le flanc droit. La tumeur adhérait à l'épiploon, à l'utérus, à tout le côté droit du bassin, et refoulait la trompe et l'ovaire droits, qui étaient sains et seulement épaissis à leur surface par les adhérences. Celles-ci étaient assez molles, et l'énucléation ne fut pas d'une grande difficulté. Quelques-uns des kystes se rompirent et versèrent un liquide muqueux. Après fermeture de l'abdomen, un drain fut laissé pendant trois jours, et tout alla pour le mieux.

Il y a quelques années, j'ai vu à Saint-Louis une tumeur ovarique tout à fait analogue à celle-ci, et je regrette de ne l'avoir pas fait examiner. Ces kystes racémeux ont été signalés en quelques lignes par Kœberlé. D'après la critique que Bender a faite des observations publiées en Allemagne et d'une observation française, il n'y en a guère plus d'une douzaine qui soient authentiques, avec examen anatomique. Le cas que je vous présente est

le premier que voit M. Cornil ; aussi l'a-t-il examiné avec beaucoup d'intérêt. Il y a quelque différence entre le kyste de Bender et le nôtre : dans le premier, il y avait des épithéliums à cils vibratiles ; ici, Cornil n'en a pas trouvé, mais il a déterminé avec plus de précision la disposition des feuillets superposés et emboîtés dans la paroi des cavités kystiques.

En somme, à côté des deux variétés principales des kystes de l'ovaire, les *papillaires* et les *glanduliformes*, il en existe une troisième, celle des kystes *racémeux*. La note suivante de M. Cornil est une précieuse contribution à leur histoire ; je lui laisse la parole.

Kyste racémeux de l'ovaire,

enlevé par M. Richelot le 24 juin 1906,

examiné par M. V. Cornil.

Tumeur très volumineuse, du volume d'une tête d'enfant de douze ans environ, ne présentant pas de membrane d'enveloppe unique contenant une ou plusieurs poches renfermées dans une paroi épaisse, mais, au contraire, formée par des dilatations kystiques multiples. Ces kystes, de volume variable, depuis la grosseur d'une amande jusqu'à celle d'une mandarine, sont isolés les uns des autres et rattachés par un pédicule plus ou moins long à la partie dense centrale de la tumeur. Cette portion centrale allongée, de la grosseur du doigt indicateur, terminée par une extrémité libre arrondie, n'est autre chose que l'ovaire, ainsi que l'a montré l'examen histologique. Cet ovaire est plurilobé, présente des reliefs arrondis séparés par de profondes dépressions étroites et se continue sans interruption avec les pédicules solides qui l'unissent aux kystes ou aux productions solides bourgeonnantes qui constituent l'ensemble de la tumeur.

Lorsqu'on examine à l'œil nu la section des saillies plus ou moins volumineuses, piriformes ou sphériques, qui partent de l'ovaire central, on reconnaît, en effet, que quelques-unes, petites ou ayant le volume d'une amande ou d'une noix, paraissent formées d'un tissu plein, semi-transparent, muqueux. Les plus grosses de ces tumeurs secondaires et les plus nombreuses sont, au contraire, remplies d'un liquide séreux, transparent. Mais ces kystes ont une structure macroscopique toute spéciale. Ils possèdent, en effet, une paroi externe très mince, très friable ; mais, à l'intérieur de cette paroi, on en voit une ou plusieurs autres, minces ou plus épaisses, séparées les unes des autres et de la mince enveloppe du kyste par un liquide séreux qui remplit toute la cavité kystique. On voit donc, par ce premier examen macroscopique des kystes, qu'il s'agit de plusieurs membranes, minces ou épaisses, emboîtées les unes dans les autres comme les feuillets ou les couches concentriques d'un oignon ; toutefois, ces membranes sont loin d'être régulières et elles sont reliées les unes aux autres. Cette

structure feuilletée des parois kystiques est très curieuse sur les préparations examinées au microscope. Nous la décrirons plus loin.

Les examens histologiques ont porté sur un assez grand nombre de points.

1° L'ovaire qui occupe le centre de la tumeur. Nous avons d'abord pris une section verticale de l'ovaire dans un point où il était partagé par une fente profonde et comme bilobé. Sur les coupes de cette partie, qui mesurait 12 millimètres dans son plus grand diamètre, nous avions deux gros follicules de Graaff, tapissés de leur membrane granuleuse à plusieurs couches épithéliales, plusieurs follicules de Graeff en voie de développement dont deux présentaient le disque proligère et un gros

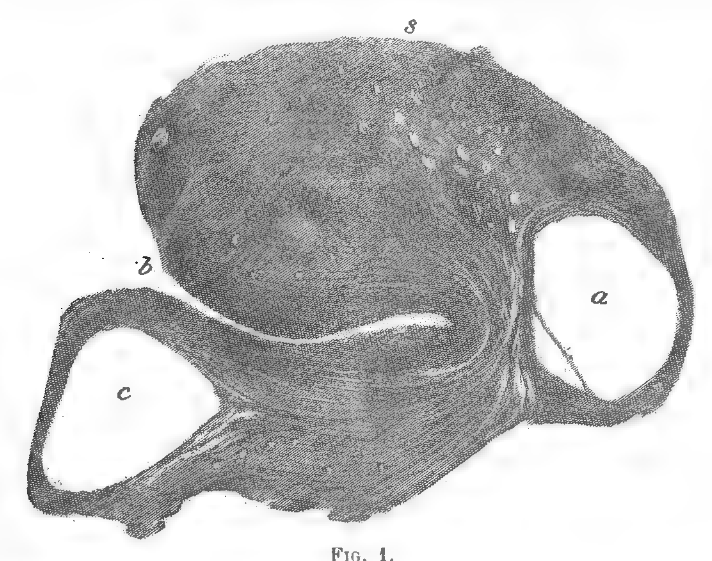


Fig. 1.

ovule, et une quantité considérable d'ovisacs normaux contenant un petit ovule.

La surface de l'ovaire était tapissée de cellules germinatives formant une couche continue dans la grande scissure *a* fig. 1. Ces cellules cubiques, parfois même cylindriques, quelquefois plates, en une seule couche, étaient normales. Sur le reste de sa surface, l'ovaire était revêtu, par places seulement, de ses cellules germinatives, ce qui était probablement dû à des frottements ou à une fixation défectueuse; mais cette surface était irrégulière, chagrinée, et présentait de petits plis ou des fentes minimes tapissées d'épithélium germinatif.

Dans le tissu conjonctivo-musculaire, il y avait beaucoup de lames gaufrées, fibreuses, appartenant à des corps jaunes.

D'autres coupes prises sur un morceau de l'ovaire ont donné les mêmes résultats.

2° J'ai fait des préparations comprenant un kyste de 2 centimètres

de diamètre environ, qui se trouvait à la partie superficielle de l'ovaire. Je me suis assuré que ce kyste appartenait bien réellement à l'ovaire, parce qu'à côté de lui, près de sa paroi, il y avait un assez grand nombre d'ovisacs. La paroi de ce kyste présentait à sa surface interne une membrane granuleuse formée de plusieurs couches de cellules

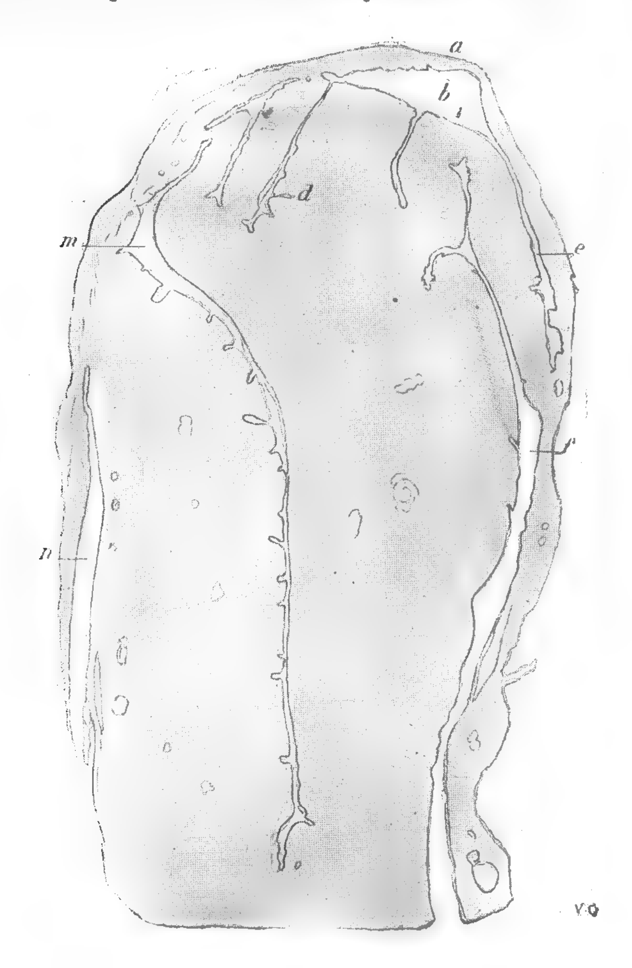


FIG. 2.

épithéliales pavimenteuses. En rapport avec la membrane granuleuse il existait une theca interna vascularisée caractéristique; autour de ce kyste on avait du tissu fibro musculaire ovarien.

La surface externe de l'ovaire kystique en ce point, était couverte par son épithélium germinatif. Là aussi on trouvait des rides superficielles, de petites dépressions ou des fentes dans lesquelles l'épithélium germinatif se continuait et cet épithélium tapissait la surface de

ces dépressions et de ces fentes souvent parallèles à la surface ovarienne.

3° Nous avons examiné une série de coupes faites suivant la longueur d'une excroissance d'apparence solide tenant à l'ovaire par un pédicule. Cette production avait environ 2 centimètres de longueur; sa surface était lisse et son aspect sur une coupe faisait penser a un tissu muqueux.

Sur les préparations histologiques nous avons reconnu que sa surface était tapissée d'une couche unique de cellules germinatives. Le tissu muqueux qui la composait était parcouru par de longues fentes minces ordonnées assez régulièrement. Une fente voisine de la surface et parallèle a celle-ci, se terminant à ses deux extrémités par un angle aigu, donnait naissance à d'autres fentes qui pénétraient dans le tissu muqueux; une fente centrale très longue occupait le centre de cette petite tumeur. Toutes ces fentes, dont les bords étaient en contact, présentaient de petites dépressions semblables à des cryptes glanduliformes. Elles étaient tapissées, ainsi que les dépressions, par une couche généralement unique de cellules cylindriques ou cubiques pourvues de noyaux ovoïdes, sans cils vibratiles, parfois muqueuses. Nous avons représenté cet aspect général a un grossissement de 17 diamètres dans la figure 2 ; on y voit une série de fentes, les unes superficielles *b*, d'où partent les fentes *c*, *d*; les autres fentes superficielles, *f*, *n*, et une grande fente centrale *m*, qui se termine en *o*. Ce sont là comme des cavités virtuelles qui n'empêchaient pas cette excroissance ovarienne de paraître solide. Le tissu qui la forme est un tissu muqueux très vascularisé, riche en cellules conjonctives. Ce tissu ne renferme de fibres élastiques que dans la paroi des vaisseaux et encore y sont-elles moins abondantes que dans les vaisseaux normaux.

4° Nous avons fait des préparations de plusieurs grands kystes.

L'un d'eux nous a donné des préparations de 2 cent. 1/2 de largeur sur 2 centimètres, comprenant sa partie superficielle et sa cavité principale. On y retrouve exactement la structure du précédent, c'est-à-dire des fentes multiples tapissées d'épithélium de la même nature. La seule différence gît en ce sens que les fentes, au lieu d'être minces, presque virtuelles, sont rempiles d'un liquide séreux ou séro-muqueux, avec de la fibrine et du sang dans quelques-unes.

Nous avons dessiné à un très faible grossissement de 15 diamètres une partie de ces préparations comprenant la surface du kyste et sa profondeur dans la figure 3. On y voit en *a* la surface du kyste limitée par une membrane très mince; au-dessous de cette membrane périphérique, une cavité *b*, puis une autre membrane plus épaisse *m*, séparée d'un tissu épais *n*, par la cavité *c*; puis, partant de ce tissu, une série de membranes, *r*, *p*, *q*, qui bordent des cavités *d*, *f*, *e*; la plus grande cavité de ce kyste est en *e*; c'est cette dernière qui occupe la plus grande partie de la dilatation kystique. En comparant les figures 2 et 3 on a l'explication de la formation de ces grands kystes pleins de liquides formés par l'épanchement de sérosité dans des fentes préexistantes.

Le tissu fondamental des parties solides de ces tumeurs, est un tissu muqueux riche en cellules de tissu conjonctif et possédant de gros vaisseaux a parois assez minces et des capillaires. La paroi des vaisseaux contient moins de fibres élastiques qu'à l'état normal et le tissu muqueux lui-même n'en renferme pas.

D'autres grands kystes examinés nous ont révélé la même structure :



Fig. 3.

une paroi externe très mince et friable; une ou plusieurs parois sous-jacentes plus épaisses et une cavité centrale irrégulière, les interstices entre les parois concentriques et la cavité centrale étant remplies par un liquide séreux ou muqueux, ce dernier coagulé par l'alcool et par le formol.

5° Il y avait plusieurs bourgeons de la grosseur d'une amande qui étaient formés uniquement de tissu muqueux plein, sans fentes tapissées d'épithélium.

Dans l'examen précédent, on a pu voir qu'il existe une différence

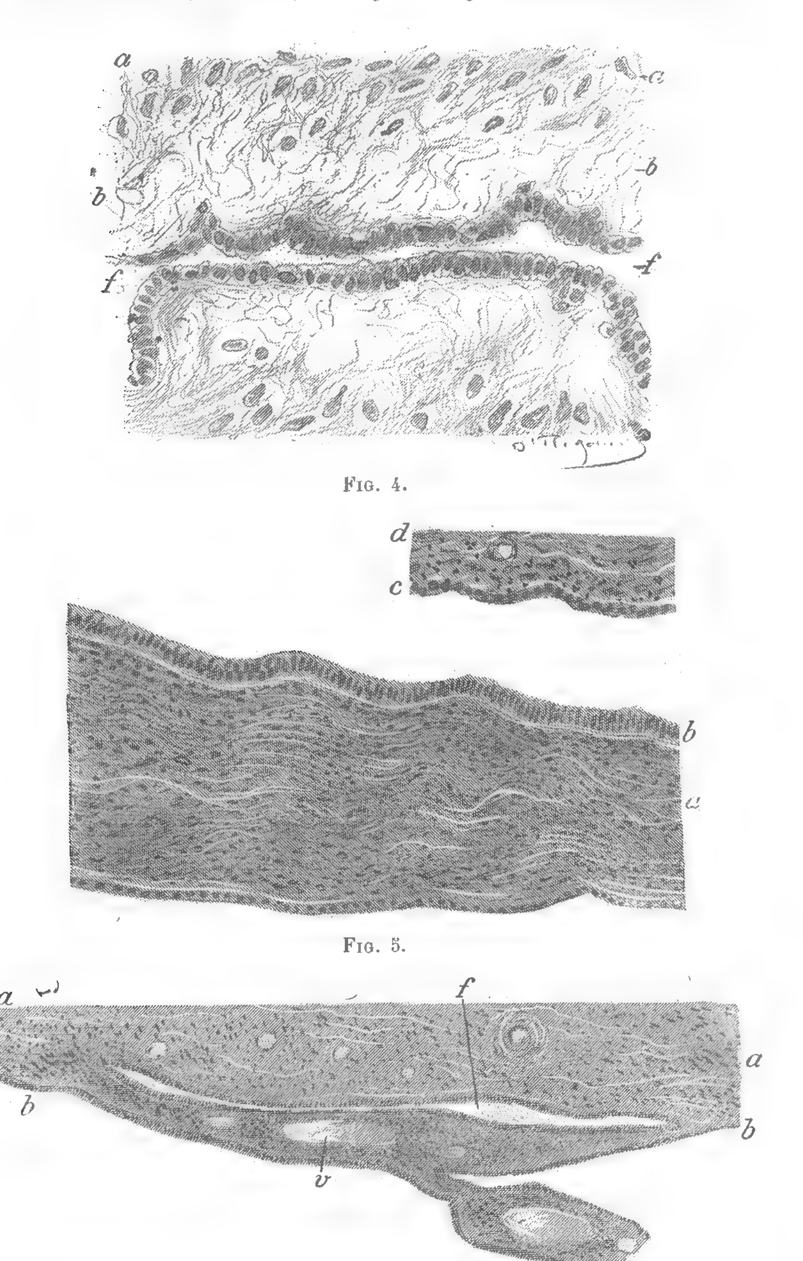


Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

essentielle entre les follicules de Graaff kystiques et les fentes ou kystes

de cette tumeur. Les follicules de Graaff même très dilatés sont en effet tapissés par des couches multiples de cellules pavimenteuses et leur paroi très régulière est formée par la theca interna. Les fentes et kystes sont revêtus d'un épithélium semblable à l'épithélium germinatif d'où il dérive. Cet épithélium s'implante sur du tissu muqueux riche en cellules conjonctives ou au contraire tout à fait clair sans cellules. Nous avons représenté ces deux variétés du tissu sur lequel repose l'épithélium dans les figures 4, 5 et 6.

Lecture.

Hématome sus-rénal spontané enkysté.

M. Savariaud. — Hématome sus-rénal spontané enkysté.

Le travail de M. Savariaud est renvoyé à une Commission, dont M. Tuffier est nommé rapporteur.

Présentations de pièces et de radiographies.

Fibromes des ligaments larges.

M. Paul Thiéry. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie deux pièces qui sont relatives à la production de fibromyomes aux dépens du tissu musculaire lisse des ligaments larges indépendamment de toute participation de l'utérus.

La première pièce est constituée par deux énormes fibromes des ligaments larges extirpés à l'hospice d'Ivry chez une femme de quarante-neuf ans : l'ensemble de ces deux pièces pèse environ 5 kilogr.

Le début semble remonter à trois ou quatre ans, et s'annonça par des troubles divers, pesanteur du bas-ventre, dyspnée, vomissements; puis, il y a deux ans, survinrent des ménorragies abondantes, des troubles urinaires avec épreintes et pollakyurie.

J'opérai cette femme il y a un mois après avoir diagnostiqué fibromes multiples de l'utérus avec adhérences, et au cours de l'opération je trouvai : un utérus doublé de volume, mais sans formations fibreuses; deux ligaments larges dont la dégénérescence fibreuse s'était faite pour ainsi dire en bloc; il a été facile de s'assurer par une coupe pariétale de l'utérus qu'il ne participait aucunement à la formation de ces fibromes.

L'extirpation de ces tumeurs fut extrêmement laborieuse : je

dus disséquer tout le petit bassin, et disséquer les deux uretères sur une longueur de plus de 15 centimètres, car ils étaient, le gauche surtout, comme englobés dans la gangue fibreuse constituée par les ligaments larges. L'utérus fut également enlevé. Tout se passa d'abord bien, malgré que j'eusse les plus vives appréhensions sur le sort des uretères disséqués sur une aussi grande longueur, puis, sept à huit jours au moins après l'opération survint un écoulement d'urine par la plaie abdominale au niveau du large drainage que j'avais dû installer. Quinze jours plus tard, l'écoulement d'urine diminuait et actuellement il est presque nul; il n'y a pas de signes d'hydronéphrose et si celle-ci ne se constitue pas, je pense que cette guérison spontanée pourrait être expliquée par la chute d'une escarre latérale au niveau de l'uretère gauche dont la vascularisation après dissection devait être extrêmement précaire. La malade va très bien et sa santé générale est actuellement parfaite.

La seconde pièce que je présente est également un fibrome du ligament large gauche, du volume d'un petit poing, extirpé il y a un mois sur une malade actuellement guérie. Je fus appelé auprès de cette femme de cinquante-deux ans pour une douleur très vive de la fosse iliaque gauche; à ce niveau existait un empâtement épiploïque, la température était à 38 degrés et je pensai à une suppuration pelvienne propagée à la fosse iliaque. Le toucher révélait une tumeur dure du ligament large indépendante de l'utérus et je crus à une salpingite à parois épaisses. L'opération démontra la présence : 1° d'un fibrome du ligament large indépendant de l'utérus; 2° d'une collection suppurée entourée d'épiploon vers l'S iliaque, je n'en pus trouver la cause.

Le fibrome fut énucléé en dehors de toute intervention sur l'utérus, et la collection drainée. L'état général qui était très mauvais s'est rapidement amélioré; la coupe du fibrome ressemble absolument à celle d'un fibro-myome utérin, mais la tumeur était située très en dehors de l'utérus et sans connexion aucune avec cet organe.

M. E. Potherat. — Je voudrais dire à mon ami Thierry que les fibromes isolés des ligaments larges sont bien connus car ils ne sont pas rares, soit qu'ils aient une origine dans l'utérus dont ils se sont totalement séparés, soit qu'ils aient pris naissance dans les parois musculaires des ligaments larges. On en trouve même dans le ligament rond.

Mais je le prie de ne pas faire d'assimilation entre ses pièces et celle que j'ai présentée à la dernière séance. Celle-ci est toute différente comme siège, comme origine, comme nature.

M. Hartmann. — M. Thierry, dans sa communication, explique la production tardive d'une fistule urinaire et sa guérison consécutive par la chute d'une escarre latérale de l'uretère et la cicatrisation spontanée de la perte de substance latérale qui en résultait. C'est possible, mais rien ne permet de l'affirmer. Il y aurait lieu chez cette malade de faire soit la séparation intra-vésicale des urines, soit le cathétérisme des uretères ; il est très possible que l'uretère soit complètement oblitéré, cela se voit sans qu'il y ait d'uronéphrose consécutive.

Deux cas rares de luxations tarso-métatarsiennes.

A. — *Luxation du 1er cunéiforme en dedans avec luxation en haut en arrière et en dehors des 4 derniers métatarsiens. Réduction incomplète.*

M. Chaput. — Le 5 *mars*, M. D..., vingt-cinq ans, en descendant de wagon, a été frappé au talon par l'angle d'une portière qui a serré le pied entre cette portière et le sol, dans l'axe du pied.

Le 25 *mars* le pied est déformé avec saillie notable vers le milieu du bord interne du pied.

La palpation jointe à la radiographie permet de distinguer les lésions suivantes :

Le 1er cunéiforme est luxé en dedans du scaphoïde ; il est resté en rapport avec le 1er métatarsien avec lequel il forme un angle obtus ouvert en dedans.

Entre les extrémités postérieures du 1er et du 2 métatarsien existe un espace de 2 à 3 centimètres ; le 2e métatarsien étant en effet transporté avec les 3 métatarsiens suivants en haut, en arrière et en dehors du tarse. Ces métatarsiens ont gardé leurs moyens d'union à leur extrémité postérieure.

Le 3e cunéiforme paraît écrasé, un fragment osseux fait saillie en avant et en dehors du 2e cunéiforme.

La radiographie de profil montre que le scaphoïde et le cuboïde sont restés en contact avec l'astragale et le calcanéum.

Des luxations aussi multiples et compliquées que celle-ci sont très rares, et cette dernière n'a pu être réalisée que par un mécanisme certainement exceptionnel ; il est très rare en effet que le pied soit serré entre le talon antérieur et le calcanéum par une force agissant dans l'axe de l'organe.

Le 25 *mars* 1905. — Opération : stovaïne lombaire. J'essaie

d'abord, mais en vain, de réduire le 1er cunéiforme par des pressions directes.

Je me décide alors à employer un autre procédé ; dans ce but,



Fig. 1. — Luxation traumatique du 1er cunéiforme en dedans et des quatre derniers métatarsiens en haut, en arrière et en dehors.

j'applique à la surface de cet os un coussinet formé d'une compresse pliée très épaisse. J'applique sur cette compresse l'extrémité d'une tige de bois carrée, longue de 30 centimètres, sur l'extrémité libre de laquelle je frappe avec un maillet à coups redoublés. La saillie osseuse se réduit considérablement sans disparaître tout à fait.

Je procède de même sur l'extrémité du 5e métatarsien, puis sur celle du 2e et du 3e. Les saillies paraissent bien réduites.

J'applique alors d'épais coussinets de toile sur les saillies osseuses, et j'exerce une vigoureuse compression avec une bande de toile.



FIG. 2. — Luxation pathologique du 1er cunéiforme érodé en dedans et des quatre derniers métatarsiens en haut, en arrière et en dehors.

Le 7 *avril*, la compression est supprimée. La réduction paraît satisfaisante pour le 1er cunéiforme; le 3e métatarsien fait encore saillie sur le dos du pied.

Une nouvelle radiographie montre que la réduction du 1er cunéiforme est satisfaisante, mais que les 4 derniers métatarsiens sont restés luxés. Cette lésion paraît compatible avec la marche; dans

le cas où il en serait autrement, je pratiquerais une réduction sanglante.

B. — *Luxation pathologique du premier cunéiforme en dehors avec luxation des quatre derniers métatarsiens en haut, en arrière et en dehors.*

Le hasard des séries pathologiques a fait entrer au même moment dans mon service une jeune femme de vingt-huit ans atteinte d'ostéo-arthrite du pied, avec luxation du premier cunéiforme fortement érodé en dedans, et des quatre derniers métatarsiens en haut et en dehors. On retrouve sur cette radiographie le grand espace vide situé entre les deux premiers métatarsiens.

Cette lésion s'est produite grâce à la destruction des ligaments par l'action de la tonicité musculaire qui tend à refouler les métatarsiens en arrière dans l'axe du pied.

Ceux-ci n'ont aucune tendance à se déplacer vers la concavité de la plante du pied, mais bien vers la convexité; les choses se passent donc comme avec un arc qui serait cassé et dont la corde luxerait les fragments l'un par rapport à l'autre.

Projectile intra-cérébral. Extirpation.

M. E. Potherat. — Je vous présente, Messieurs, une balle de revolver du calibre de 7 millimètres que j'ai extirpée ce matin même du lobe fronto-temporal du cerveau d'un homme de quarante-trois ans, de mon service de l'hôpital Broussais.

Voici dans quelles conditions. Le 11 juillet dernier notre homme, sous l'influence de chagrins intimes, s'est tiré au niveau de la région temporale droite un coup de revolver ordinaire du calibre de 7 millimètres. Le soir même, le blessé est apporté dans mon service. Il porte à la région temporale droite, partie antérieure, une plaie unique, à bords irréguliers noirâtres, due au passage d'un projectile.

Le malade ne présente aucun accident, il a seulement de la somnolence qui d'ailleurs ne dure pas plus de trente heures environ. Dès le troisième jour, il parle, il marche, n'éprouve pas de céphalée.

Il était donc indispensable d'éclairer par la radiographie le diagnostic pour établir la pénétration ou la non-pénétration.

Cette radiographie demanda plusieurs jours, et M. Contremoulins me la fit parvenir hier. Elle établissait, ainsi que vous pouvez en juger, nettement la pénétration; mais elle nous montrait

deux projectiles, l'un extra ou paracranien, l'autre intracranien plus profond de quelques centimètres que le premier. Or le malade nous affirmait n'avoir tiré qu'un seul projectile.

Voyant l'état général de notre blessé très bon pendant quatre à cinq jours s'altérer, la température rester à 38 degrés, le pouls d'abord à 74 se ralentir progressivement et tomber à 54 ce matin, en même temps qu'une ponction lombaire faite par mes internes, MM. Maire et Bonvoisin, montrait un liquide citrin très riche en lymphocytes, je crus devoir intervenir ce matin même.

La chloroformisation effectuée, je fis au niveau de la région temporale une incision cruciale dont les 2 branches se croisaient au niveau même du trou de pénétration. J'arrivai ainsi sur le crâne à l'union de l'écaille temporale et du pariétal et je trouvai d'abord un projectile, sur le bord d'une perte de substance osseuse; c'est le projectile externe de notre radiographie. J'agrandis alors l'orifice cranien, je retirai des coquilles enfoncées dans le cerveau, puis je pénétrai, à travers la dure-mère réclinée, dans un vaste foyer sanguin duquel j'évacuai de gros caillots noirâtres et de la matière cérébrale en bouillie. Un doigt introduit dans le crâne me conduisit dans l'intérieur du cerveau à une profondeur de 5 1/2 à 6 centimètres. Je sentis la deuxième balle et après une tentative infructueuse, je retirai ce deuxième projectile.

Ici une petite réflexion : les projectiles dans la substance cérébrale sont assez difficiles à saisir; ils ne sont pas fixes comme dans les os, ni même les parties fibreuses ou molles du tronc et des membres, ils sont extrêmement mobiles, roulent sur eux-mêmes et ne peuvent être maintenus; il faut les « saisir au vol ».

J'ai nettoyé le foyer intracérébral, y ai laissé un drain, et j'ai fermé toute la plaie du cuir chevelu à l'exception de l'orifice de passage du drain.

Voici les deux projectiles. En les examinant de près, on constate d'abord qu'ils sont exactement conformes aux ombres radiographiques. Vous voyez, en outre, que ce sont là deux portions d'importance d'ailleurs inégale d'un seul projectile. Au moment où la balle frappait le crâne et pénétrait la boîte osseuse, elle laissait sur le bord de la perforation un fragment important. Le malade avait été véridique en affirmant ne s'être tiré qu'un coup de revolver.

Le Secrétaire annuel,
P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 25 JUILLET 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. DELORME, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Deux observations de M. DERVAUX (de Saint-Omer), intitulée : 1° *Anévrisme de l'artère radiale, extirpation, guérison*, etc. 2° *Luxation des deux épaules.*

Ces deux observations sont renvoyées à une commission dont M. MAUCLAIRE est nommé rapporteur.

4°. — Un livre d'or offert au professeur Pozzi.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos du massage du cœur dans les accidents par les agents anesthésiques.

M. ROCHARD. — Je n'assistais pas à la dernière séance et je tiens à ajouter quelques mots à la communication de M. Mauclaire.

Je suis heureux de voir que, comme moi, il est partisan pour le massage du cœur de la voie sous-diaphragmatique.

Il a étudié les effets des injections dans les gros vaisseaux et

dans le parenchyme du cœur, mais ces méthodes, si elles ont donné de bons résultats chez les animaux, n'ont donné aucun succès chez l'homme. Elles ne sont donc pas pour le moment à mettre en comparaison avec le massage du cœur par la voie sous-diaphragmatique.

Ce massage se recommande en effet par sa simplicité, sa rapidité, sa bénignité et son efficacité.

Quoi de plus simple et de plus rapide en effet que de faire une incision sus-ombilicale, de mettre la main dans l'abdomen et d'aller saisir le cœur à travers le diaphragme relâché. Pour la bénignité, cette voie d'abord du muscle cardiaque n'a pas de pareille, car c'est elle qui fait le plus petit traumatisme. Quant à l'efficacité, dans ma dernière communication je citais les chiffres donnés par M. Lenormant qui étaient trois succès complets sur cinq cas. M. Mauclaire a ajouté deux guérisons nouvelles et, sur sept opérés chez lesquels le massage par la voie sous diaphragmatique a été employé, il donne cinq succès.

C'est là un nombre de résultats heureux assez considérable pour qu'on puisse faire rentrer le massage du cœur dans les accidents dus au chloroforme à côté des tractions rythmées de la langue et de la respiration artificielle, et si on l'emploie j'espère que nous verrons s'augmenter le nombre des rescappés du collapsus chloroformique.

M. Mauclaire. — Je suis du même avis que mon ami Rochard. Mais ce que j'ai voulu de plus affirmer, c'est que chez l'homme, dans des cas de collapsus chloroformique, des injections intravasculaires et intracardiaques doivent être essayées, car faute d'observations suffisantes, nous ne sommes pas assez fixés sur leur valeur chez l'homme.

M. Rochard. — Je répondrai à M. Mauclaire que certes les injections dans les gros vaisseaux doivent être tentées, mais conjointement avec le massage du cœur. Quant aux injections médicamenteuses dans le parenchyme du cœur, c'est là une opération grave. On ne peut en effet pratiquer une injection à l'aveugle à travers le diaphragme et on voit de suite le danger du volet ostéocutané fait pour mettre le cœur à découvert, l'ouverture du péricarde et de la plèvre qui expose à voir son malade mourir d'infection pleurale s'il a pu par le massage du cœur triompher des accidents chloroformiques.

M. Paul Thiéry. — Je ne voudrais pas rouvrir le débat sur le traitement des accidents graves du chloroforme, mais je suis

surpris de ne pas entendre parler d'un procédé simple et efficace sur lequel j'ai depuis longtemps attiré l'attention avec M. le professeur Poncet, de Lyon. Je veux parler de la trachéotomie suivie d'insufflation directe.

Qu'au cours d'une laparotomie, on fasse s'il en est besoin le massage transdiaphragmatique du cœur, cela peut se concevoir; mais s'il faut lever un volet thoracique ou ouvrir l'abdomen pour masser le cœur, je pense qu'il s'agit alors d'une opération extrêmement grave, surtout dans l'état de mort apparente où se trouve le patient.

Au contraire l'insufflation directe après trachéotomie est une opération relativement bénigne et certainement efficace. Sans être très affirmatif sur les chiffres, il me semble avant la communication de M. Rochard avoir fait un relevé où je trouvais pour le massage du cœur dix-sept ou dix-huit insuccès sur vingt-deux cas; d'autre part la trachéotomie suivie d'insufflation directe avait donné dix-sept succès sur vingt à vingt-deux cas : ces chiffres sont éloquents, et je crois que, bien que peu employé, ce procédé a donné des succès entre les mains de plusieurs de nos collègues qui m'en ont parlé à la dernière séance.

J'attire donc de nouveau l'attention sur ce procédé si simple et si efficace que j'ai signalé dans de multiples mémoires, et que M. Poncet signale également dans la thèse d'un de ses élèves déjà ancienne et datant certainement au moins d'une douzaine d'années.

M. Rochard. — Le massage du cœur n'empêche pas de pratiquer au préalable la trachéotomie comme le veut M. Thiéry; mais cette trachéotomie a du reste, il me semble, des indications spéciales telles que l'obstruction des voies aériennes par des mucosités par exemple.

Quant à la gravité d'une laparotomie sus-ombilicale, pour ma part, elle ne me paraît pas plus grande que celle d'une trachéotomie.

Tumeur solide du vagin.

M. E. Potherat. — Dans la séance du 11 juillet dernier, je vous ai présenté, Messieurs, une tumeur volumineuse, intravaginale que j'avais extirpée le matin même. Je vous ai promis de vous faire connaître le résultat de l'examen histologique. Cet examen a été pratiqué par mon interne, M. Bonvoisin, et par M. Fiessinger,

interne de mon collègue de Broussais, M. Œttinger. Il nous montre sur les préparations microscopiques un abondant tissu conjonctif adulte fibrillaire infiltré d'une grande quantité d'éléments embryonnaires, disséminés partout, mais plus abondants au fur et à mesure que l'on se rapproche de la surface libre de la tumeur. Il ne s'agit donc ni d'un fibromyome, ni d'un myome.

Je rappelle que cette tumeur, recouverte par la muqueuse vaginale soulevée et adhérente, voire même ulcérée, seulement sur la portion libre dans le canal vaginal, prenait son origine dans l'épaisseur de la paroi antérieure du vagin à droite du canal de l'urètre refoulé à gauche, vis-à-vis de la symphyse pubienne, dont elle était absolument indépendante. J'ajoute, pour répondre à l'idée qui pourrait se produire, qu'il s'agit là d'une tumeur venue des parois utérines, et séparées secondairement de celle-ci, que la tumeur n'avait aucune connexion, même vasculaire, avec l'utérus et que le Dr Ferroud, de Rennes qui, il y a quatre ans, avait pratiqué chez cette jeune femme une hysteropexie pour rétroversion utérine et auquel j'ai demandé des renseignements n'avait, au cours de son opération, constaté aucune tumeur ni vaginale, ni utérine, ni annexielle, même petite.

Par son siège, par son origine, par sa nature histologique, la tumeur que je vous ai présentée n'appartient donc pas à l'utérus. C'est bien une tumeur du vagin lui-même.

- La malade à laquelle cette tumeur avait été enlevée est aujourd'hui guérie.

Rapports.

Péricolite adhésive sténosante,
par M. le Dr Delangre, de Tournai (Belgique).

Rapport par M. E. POTHERAT.

Messieurs, dans la séance du 20 juin dernier, j'ai eu l'honneur de vous communiquer deux observations d'un processus pathologique que j'ai proposé d'appeler *péricolite adhésive*, *sténosante*, et caractérisé au point de vue anatomique par des brides inflammatoires étranglant plus ou moins le colon ascendant, objectivement par des indurations irrégulières, et une tumeur mammelonnée sur le trajet du gros intestin, et au point de vue fonctionnel par de la stase des matières et des gaz s'accompagnant de crises douloureuses de plus en plus violentes, et d'un dépérissement ana-

logue à celui qu'on observe dans les tumeurs malignes de l'intestin.

Je vous ai montré que ces lésions, dues à des causes variables, peuvent entraîner une déchéance telle que la mort semble devoir en être l'aboutissant final, mais qu'une intervention chirurgicale simple comme la libération des adhérences ou plus importante avec entéro-anastomose, était susceptible de faire cesser les accidents et d'entraîner la guérison des malades.

Dans la séance du 27 juin, notre collègue de l'armée, M. le Dr Sieur, nous a lu une observation un peu complexe, mais où les lésions de la péricolite adhésive sténosante étaient évidentes et très étendues, et où elles avaient succédé à des ulcérations du côlon transverse ainsi que l'autopsie l'a montré, le malade ayant succombé aux suites d'un sphacèle d'une anse d'intestin grêle étranglée.

L'observation que nous a adressée M. le Dr Delangre, de Tournai, et que vous m'avez chargé de vous rapporter, est moins complexe, et offre un exemple beaucoup plus net de la péricolite adhésive sténosante,

Elle présente, en plus de son intérêt anatomique et clinique très grand, cet autre intérêt non moins précieux, que le malade opéré par libération des adhérences, a parfaitement guéri. Voici l'observation de notre confrère belge.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans qui, sans antécédents dignes d'être notés, commence dès l'âge de seize ans à ressentir dans le flanc droit des accès douloureux survenant d'abord tous les trois mois environ, mais sous forme de crises si violentes, que la malade est obligée de s'aliter.

Ces crises se produisent généralement après trois à huit jours de constipation opiniâtre; elles s'accompagnent de céphalalgie, de vomissements, et tout le côté droit est d'une extrême sensibilité. Ce tableau clinique pourrait aisément faire croire à une appendicite.

Dans la suite, les accidents vont en augmentant, tant sous le rapport de la fréquence que de l'intensité jusqu'à l'âge de vingt et un ans où la malade se présente à l'examen du Dr Delangre. Au cours de ces cinq dernières années — de seize à vingt et un ans — plusieurs praticiens se succèdent au chevet de la patiente et prescrivent vainement les régimes les plus divers, des laxatifs des potions acides, alcalines ou soporifiques, des lavements, des injections vaginales très chaudes et une thérapeutique locale excessivement variée.

Au moment où nous la voyons, c'est le Dr Delangre qui parle, son état général est médiocre : elle est émaciée et a un teint ca-

chectique jaune sale. Elle est atteinte de dysménorrhée. Les selles sont dures, recouvertes de mucus, mais non décolorées. L'analyse de l'urine ne décèle ni albumine ni sucre. L'examen de la poitrine ne révèle rien de particulier. Notre attention est exclusivement attirée du côté du ventre : la patiente se plaint d'inappétence, de ballonnement et de coliques violentes qui l'incitent à déambuler toute courbée. La palpation du ventre, quelque peu tympanisé, nous permet de relever une certaine sensibilité anormale dans le flanc droit et qui se prolonge dans la fosse iliaque du même côté sans pourtant présenter le point de Mac Burney. Au niveau du périmètre lésé, au point correspondant de la projection du côlon ascendant à la paroi abdominale, la zone est mate à la percussion et l'on croit percevoir au toucher moins de souplesse qu'en d'autres points du ventre, mais il faut reconnaître que cette sensation est bien vague.

En présence de la symptomatologie assez obscure présentée par cette malade dont la déchéance s'aggrave de jour en jour, il n'est plus permis de temporiser. L'intervention chirurgicale, proposée par nous et acceptée par la malade, aura donc pour but d'éclairer le diagnostic et d'opposer à la lésion constatée *de visu* le traitement approprié.

La malade est l'objet de soins préparatoires usuels (purgation, bain, diète, antisepsie).

Le 22 août 1899, je procède avec l'aide de mes assistants habituels, à une laparotomie exploratrice sous la narcose au chloroforme. Une incision verticale est pratiquée dans toute la longueur de la zone mate précitée. Le péritoine étant incisé, on tombe sur l'épiploon fusionné assez lâchement au côlon dans une certaine étendue.

La boutonnière abdominale est agrandie aux fins de faciliter le travail de libération de l'intestin. Les adhérences sont sectionnées entre deux ligatures au catgut. La disposition de ces brides néoformées est telle que le gros intestin est rétréci sur une longueur de 5 à 6 centimètres, tandis qu'il paraît distendu en amont de la lésion sténosante. On se rend très bien compte de l'effet nocif de ce tissu scléro-vasculaire à mesure que progresse la libération, l'intestin se dilatant au niveau des points sectionnés pour finalement acquérir des dimensions sensiblement normales. Une exploration intra-abdominale attentive ne fait découvrir aucune autre lésion appréciable : il n'y a que des adhérences épiplocoliques.

La brèche abdominale est suturée dans ses parties supérieure et inférieure, tandis que la partie médiane est drainée au moyen d'un léger Mickulicz, dans le but de parer à toute éventualité fâcheuse consécutive au travail de décortication.

Les suites opératoires sont apyrétiques. Tout drainage est bientôt supprimé et au bout de dix-huit jours, la boutonnière abdominale est complètement fermée. Et dès que la parésie intestinale post-opératoire est dissipée, la patiente a des selles régulières, spontanées et ne présente plus la moindre sensibilité anormale du côté du ventre.

Enfin, je dois ajouter que la guérison a été durable : revue ces derniers jours, cette dame, qui s'est mariée en 1902 et a eu un enfant l'année suivante, jouit actuellement d'une santé florissante.

Telle est, Messieurs, l'observation du Dr Delangre. Elle reproduit, vous le voyez, fidèlement les lésions anatomiques dont je vous ai fait l'exposé. Elle ne nous fournit aucune indication sur l'origine des adhérences sténosantes; la malade ayant guéri, aucune constatation anatomopathologique n'a pu être faite, heureusement, et d'autre part le passé héréditaire ou personnel de la malade n'apprend rien à ce point de vue. M. Delangre, comme moi-même, ne peut, en conséquence, qu'invoquer des hypothèses. D'ailleurs les lésions primitives peuvent bien être assez silencieuses pour passer inaperçues cliniquement. Dans l'observation de M. Sieur, il existait depuis trois ans une entérite manifeste, il y avait des cicatrices à la surface de la muqueuse intestinale; la péricolite adhésive sténosante était manifestement due à une propagation inflammatoire d'origine endo-intestinale.

Les phénomènes objectifs étaient assez obscurs, et comme voilés dans le cas de M. Delangre ; mais il ne faut pas oublier que malgré sa durée de cinq années environ, la maladie n'avait pas atteint son maximum d'intensité, comme dans mes observations, principalement chez la seconde de mes malades; les crises étaient encore très espacées. Et cependant l'état général était déjà gravement atteint.

L'observation de M. Delangre nous montre enfin que l'intervention chirurgicale est toute-puissante contre ces accidents de sténose intestinale et que, même avec des lésions étendues, la seule libération des adhérences peut amener une guérison et une guérison durable, puisque la malade de notre confrère belge, opérée en 1899, jouit aujourd'hui, sept ans moins un mois après l'intervention, d'une santé florissante.

Je vous propose, Messieurs, en terminant, d'adresser à M. le Dr Delangre, de Tournai, nos remerciements pour son intéressante observation et de déposer celle-ci dans nos archives.

Communications.

Appendicites consécutives aux entérites de l'enfance,

par M. A. BROCA.

Deux de mes balafrés, père et fils, sont en ce moment à Plombières; le père n'y prendra pas les eaux, dont il n'a nul besoin; le fils, sur mon conseil, les y prendra, car j'estime qu'elles lui seront assez utiles, pas assez cependant, pour que, de moi-même, je l'y eusse envoyé, s'il n'avait occasion d'y accompagner sa mère, atteinte d'une entérite muco-membraneuse sans aucun retentissement appendiculaire. Elle s'en soigne avec d'autant plus de zèle qu'elle vient de voir, chez son fils, comment on va de l'entérite à l'appendicite.

Voilà donc, dans une même famille, en même temps, trois types différents : l'appendicite sans entérite préalable cliniquement appréciable; l'entérite muco-membraneuse aboutissant à l'appendicite; l'entérite muco-membraneuse n'y aboutissant pas... ou pas encore. Je crois intéressant d'étudier devant vous quelques faits rentrant dans ces diverses catégories, puisque des désaccords graves persistent encore sur les relations de l'appendicite et de l'entérite.

Ces désaccords se sont déjà manifestés ici il y a une dizaine d'années : la majorité d'entre nous ont considéré l'appendicite comme la localisation spéciale d'une entérite, et je rappelle que ce fut l'opinion des chirurgiens d'enfants, Jalaguier, Brun et moi-même. J'avais déjà fait soutenir cette doctrine dans la thèse de mon élève Mlle Gordon, en 1896. Toutefois, nos assertions ne furent pas universellement adoptées, et quelques-uns de nos collègues déclarèrent que toute thérapeutique intestinale ultérieure était superflue pour les malades auxquels on avait enlevé l'appendice. Mais la discussion passe en ce moment par une phase aiguë, à la suite d'une communication de M. Dieulafoy devant l'Académie de médecine, et il m'a semblé utile d'apporter ici des faits. Je devais prendre la parole la semaine dernière, mais j'ai dû différer, et depuis Guinon, Comby, Siredey ont publié à la Société médicale des hôpitaux, il y a cinq jours, des observations semblables aux miennes. Je ne regrette donc pas mon retard, car j'ai plaisir à me trouver en pleine communauté d'idées avec des cliniciens de cette valeur, avec des *médecins* auxquels on ne peut reprocher d'être orfèvres.

Avant d'entrer dans le vif du débat, il n'est pas inutile de définir ce que nous entendons par entérite. C'est en effet un point sur lequel, comme le démontre l'histoire de l'entérocolite muco-membraneuse, l'accord n'est pas encore fait entre médecins.

Du point de vue spécial où nous autres chirurgiens nous nous plaçons, nous devons qualifier d'entérite toutes les lésions inflammatoires, c'est-à-dire par infection microbienne, de la muqueuse intestinale. A ces infections prennent une large part les follicules clos de cette muqueuse, si riche en organes lymphatiques. La question actuellement débattue est de déterminer si les inflammations folliculaires et les lymphangites dont l'appendice vermiculaire est le siège se produisent pour leur propre compte ou sont au contraire une localisation, à conséquences anatomiques spéciales, d'un processus intestinal primitivement plus étendu, portant sur l'intestin grêle, sur le gros ou sur les deux à la fois.

Or, il y a d'abord un fait expérimental mis en relief dès 1897 par Beaussenat, par Chastanet : si on infecte par ingestion la muqueuse intestinale d'un animal, on constate sur toute la muqueuse des lésions inflammatoires dont le maximum est au niveau de l'appendice. Il en est de même quand l'inflammation intestinale est le résultat d'une infection d'abord générale. On ne saurait contester que ces deux processus soient ceux auxquels, dans l'immense majorité des cas, nous avons affaire en pathologie humaine, tandis que nos observations ne sont presque jamais comparables à celles où, chez l'animal, on lie un appendice à sa base, on met directement dans sa cavité des corps étrangers ou des cultures microbiennes.

En ce sens, il serait intéressant d'étudier un fait clinique dont vient de parler mon élève Aumont dans sa thèse et sur lequel en ce moment je ne ferai qu'attirer très rapidement votre attention . la diarrhée au moment de la crise aiguë d'appendicite.

La plupart du temps, l'attaque aiguë, fébrile, d'appendicite, se révèle à nous par des phénomènes péritonéaux, par le météorisme avec douleur abdominale diffuse, par les vomissements alimentaires d'abord, puis porracés, et l'on sait que la constipation est un des symptômes les plus ordinaires des péritonites.

Les péritonites appendiculaires, graves ou légères, ne manquent pas à cette règle, et dans les crises de cette nature, en mettant à part celles où la septicémie générale prend tout de suite le pas, la constipation opiniâtre est habituelle. Mais quand on examine les observations de près, on constate que probablement on a exagéré sa fréquence et que la diarrhée est loin d'être exceptionnelle. Je fais abstraction des diarrhées septiques qui surviennent quand l'infection péritonéale ou générale est déjà nettement déclarée, et

je fais allusion à celles-là seules qui précèdent de quelques jours les symptômes par lesquels l'appendicite se révèle à nous; à celles-là encore qui marquent, avec les vomissements, le début de la crise et tantôt continuent un peu, tantôt s'arrêtent pour faire place à la constipation due à la réaction péritonéale.

Or, les observations de ce genre ne sont pas très rares, et mon impression actuelle, après avoir dépouillé mes fiches, sans avoir encore établi une statistique précise, est que jusqu'à présent j'exagérais probablement leur rareté. La proportion me paraît être d'environ 10 p. 100. Les crises aiguës correspondantes sont de nature indiscutable, car elles ont abouti à des lésions grossières de péritonite suppurée, diffuse, enkystée ou seulement adhésive, avec opération à chaud ou à froid. Et je ne crois pas que cette diarrhée puisse s'expliquer autrement que par une poussée infectieuse concomitante, plus ou moins étendue, sur le reste de l'intestin, gros ou grêle. C'est à mettre en parallèle avec les faits expérimentaux que je viens de signaler.

Je n'insiste pas, car je veux seulement m'occuper aujourd'hui des entérites proprement dites, ayant d'abord évolué pour leur propre compte avec netteté, et en particulier de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Mais encore faut-il définir l'entéro-colite membraneuse, et nous ne sommes pas toujours en état d'établir cette définition avec précision scientifique. M. Huchard me paraît avoir raison quand il soutient que l'on confond sous ce nom des états pathologiques différents, parmi lesquels il en est qui ne sont pas de nature inflammatoire.

Les conditions dans lesquelles un malade « rend des peaux et des glaires » sont en effet multiples, et l'on semble avoir eu le tort d'ériger un syndrome clinique en une maladie pour laquelle on a voulu établir une pathogénie unique, les uns y voyant une entérite, c'est-à-dire une véritable inflammation, les autres, au contraire, en faisant un trouble nerveux, voire une psychopathie. J'ai lu quelque part que pour traiter ces malades il faut « pourchasser sur le terrain même de l'idéation le concept défectueux, exposer au malade et lui faire saisir combien s'éloigne de la représentation mentale correcte celle qui consiste à avoir la colique, éructer, se météoriser, expulser des glaires, des muco-membranes, rester constipé. »

Le démélage de cet écheveau appartiendra aux médecins, non aux chirurgiens. Nous savons, toutefois, que certains de ces sujets sont avec évidence des névropathes, et les faits le démontrant sont parfois d'ordre chirurgical. N'avons-nous pas observé, depuis que s'est vulgarisée la chirurgie du ventre, d'assez nombreux cas

où la suppression d'une irritation locale, péritonéale surtout, a mis fin à des troubles intestinaux revêtant tous les caractères de l'entéro-colite muco-membraneuse? Tous aussi nous connaissons de ces femmes nerveuses, de ces cercleux détraqués qui sont constipés, ont la colique, « rendent des peaux » et sont à l'affut des traitements souvent bizarres, toujours systématiques, grâce auxquels certains médecins, intelligents avec une pointe de charlatanisme, font fortune s'ils savent profiter de la mode. Car si pour ceux-là « la seule arme efficace c'est la parole entraînante », encore faut-il savoir mettre un peu de macaroni autour.

Il n'est pas étonnant que chez les sujets de cette catégorie l'appendicite ne soit pas à redouter. Quelle que soit l'action de l'âme sur le corps, elle ne me paraît pas capable de faire gangrener ou perforer un appendice vermiculaire.

Ces malades sont donc exclusivement médicaux. Ils nous intéressent cependant jusqu'à un certain point, parce qu'ils fournissent un contingent notable aux opérations inutiles que nous reproche M. Dieulafoy. Car ces opérations existent, pour ce motif que la symptomatologie de certaines appendicites chroniques — j'entends de celles où le diagnostic anatomique est indiscutable sans le secours du microscope — ressemble très étroitement à celle de ces névropathes; pour ce motif aussi que ces malades ont parfois tendance à suivre la mode chirurgicale comme ils suivent la mode médicale, et qu'ils vont à la recherche du praticien qui les délivrera de leur appendicite imaginaire.

Je ne veux pas entrer dans le détail de ces erreurs, en grande partie excusables par l'insistance de patients fort au courant de la symptomatologie locale qu'ils croient ressentir. Mais cela ne peut concerner que l'adulte, or je n'ai d'expérience réelle que pour l'enfant, chez lequel cet entraînement psychique doit toujours être mis hors de cause.

Au reste, les chirurgiens, pour étudier les rapports de l'entéro-colite muco-membraneuse avec l'appendicite, n'ont pas à prendre parti dans les débats soulevés par la pathogénie de ce syndrome; il leur suffit de déterminer quelle est, dans la maladie, la part de l'inflammation intestinale.

Il est d'abord prouvé, à la fois par la clinique et par l'expérimentation, que l'infection n'est pas nécessaire pour que la muqueuse soit le siège de l'hypersécrétion muco-membraneuse, avec spasme concomitant de la tunique musculaire. Par la clinique, quand le syndrome succède à une contusion de l'abdomen, à une émotion brusque, à l'ingestion d'un corps étranger. Par l'expérimentation, quand il est provoqué chez l'animal soit par action traumatique, soit par injection intra-veineuse de toxines,

soit par intoxication mercurielle, soit par injection intraveineuse de substances chimiques telles que l'urine ou l'oxalate de chaux. Pour le détail des faits, je renvoie à la thèse toute récente de Trémolières.

Mais il est prouvé également, par la clinique et l'expérimentation, que l'infection de la muqueuse intestinale peut en produire autant. Par la clinique, quand nous voyons le syndrome muco-membraneux se constituer, à l'état chronique, à la suite d'une entérite banale, d'une dysenterie, d'une fièvre typhoïde. Par l'expérimentation, en injectant dans le rectum des cultures microbiennes diverses.

D'où nous concluons que ce « crachat intestinal », comme disait Lasègue, n'est qu'un mode de réaction banal de la muqueuse, et parmi les observations que je résume dans cette communication, il en est où l'on peut parler d'entérite glaireuse, mais non d'entérite muco-membraneuse, au sens propre du terme, tel qu'on l'emploie aujourd'hui pour désigner une maladie spéciale, chronique, où le « maître symptôme », selon l'expression de Mathieu, est la constipation, associée aux coliques fréquentes, par spasme, et aux évacuations muco-membraneuses.

Cela dit, prenons les cas les plus complets, les mieux caractérisés d'entéro-colite muco-membraneuse. Il est de règle que, chez l'adulte, ils aient débuté chroniquement, sans infection initiale cliniquement appréciable. Mais il est fréquent que l'évolution de cette maladie chronique soit coupée par des accès aigus, de cause connue ou inconnue, où deux symptômes nouveaux, plus ou moins intenses, sont observés : le vomissement et la fièvre, au point de simuler parfois l'appendicite ou la péritonite. Pendant ces accès paroxystiques, de fréquence et de durée très variables, l'allure clinique est celle d'une infection pouvant même ressembler à une fièvre typhoïde, et les auteurs qui admettent l'origine nerveuse du mal, A. Mathieu par exemple, en tombent d'accord : ils pensent seulement que cette infection est surajoutée et non spécifique, qu'elle se produit, dans le milieu éminemment septique qu'est l'intestin, à la faveur de la coprostase et des troubles de sécrétion.

Mais, primitive ou secondaire, que nous importe : à un moment donné, l'inflammation intestinale existe et l'appendicite devient à craindre. Et si nous prenons en particulier les enfants, nous constatons que, presque toujours, le syndrome se constitue à la suite d'un état général infectieux accompagné de diarrhée et d'entérite aiguë. Plusieurs de mes observations actuelles sont de ce type, si fréquent chez les sujets jeunes que presque tous les médecins d'enfants admettent la théorie infectieuse de l'entéro-

colite muco-membraneuse. Il en est même — et peut-être ceux-là ont-ils raison, au moins en partie, — pour lesquels ce n'est pas la même maladie chez l'enfant et chez l'adulte.

Ce débat théorique, au reste, ne nous touche pas de très près, car nous avons à retenir qu'initiale ou secondaire, spécifique ou surajoutée, l'infection intestinale existe, à un moment donné, chez l'enfant comme chez l'adulte, plus fréquente sans doute et plus intense chez l'enfant. Et cela n'est pas une vue de l'esprit, ni une déduction basée sur la seule clinique : par quelques autopsies humaines accidentelles, par l'examen d'animaux chez lesquels on a provoqué l'entéro-colite muco-membraneuse, divers auteurs ont prouvé la réalité de ces lésions inflammatoires. Trémolières, en étudiant ces faits avec ceux qui lui sont personnels, nous montre bien que, quoi qu'on en ait dit, l'intestin grêle participe aux lésions, que, d'autre part, l'appendice est leur lieu d'élection, et il conclut :

« Dans tous les cas, *chez l'homme comme chez les animaux, les modifications appendiculaires sont les plus importantes.* L'appendicite et l'entéro-colite semblent inséparables, et l'on comprend que, dans certaines conditions, l'appendicite, localisation prépondérante au vermis du processus intestinal, vienne à occuper la première place du tableau morbide. »

L'entérite, simple ou muco-membraneuse, étant ainsi comprise, les faits cliniques la concernant ne prêtent guère à controverse. Mais on objecte volontiers aux chirurgiens opérant dans ces conditions qu'ils ont, par erreur, enlevé un appendice sain, et on tente de le leur démontrer, pièces en main, d'où nécessité de quelques explications anatomiques.

Aucun doute n'est permis, parmi les observations que je soumets aujourd'hui à votre examen, lorsque sont notées les lésions d'une péritonite récente ou ancienne, caractérisées par de la suppuration plus ou moins étendue, par des adhérences plus ou moins solides. De même, quand il existe dans l'appendice un calcul, quand le bout est en battant de cloche, fermé en une cavité contenant du pus et du muco-pus. Mais que vaut l'appendicite chronique à lésions moins accentuées? Sur ce point, s'élèvent des désaccords.

Sans contester un moment la valeur probante de l'examen histologique, je crois exceptionnels les cas où, tout étant normal à l'œil nu, le microscope seul permet d'affirmer la réalité de l'appendicite. Car j'accorde grande importance à la rougeur de la séreuse, à la turgescence des parois épaissies, au boursouflement d'une muqueuse hortensia sur laquelle se détachent des points rouges d'apoplexies folliculaires, à la rétention, dans le tube, de

matières fécales en voie de concrétion et de muco-pus sanguinolent.

On a dit, je le sais, que l'apoplexie folliculaire est traumatique, due à la ligature mise sur la base avant la section. Mais divers chirurgiens, déjà, ont montré que cette opinion était probablement erronée. Quant à moi, j'ai constaté que, souvent, on voit transparaître ces points noirs à travers la paroi avant toute ligature; que, d'autre part, lorsqu'il existe un calcul, le piqueté hémorragique se trouve localisé au renflement olivaire où il est encastré. Ces deux faits me semblent incompatibles avec l'idée d'une lésion artificielle. Et certains faits cliniques sont probants, quand on voit une symptomatologie très grave céder comme par enchantement à l'ablation d'un appendice ainsi altéré. J'ai publié il y a deux ans, à la *Société de pédiatrie*, quelques observations de ce genre, où les accidents, en particulier des vomissements intenses, sans fièvre, me paraissaient dus à une irritation réflexe, péritonéale ou autre, partie de l'appendice.

Avec ce que j'ai dit sur l'origine névropathique possible de l'entéro-colite muco-membraneuse, il est compréhensible que, parfois, l'ablation de l'appendice chroniquement enflammé y mette fin : quel qu'ait été le rôle initial de l'entérite, la névropathie a pris le dessus. De là les succès complets, comme ceux de mes observations XVI, XVII, XXIII, XXIV.

Mais, quand les troubles ne cessent pas ainsi, faut-il conclure de cela seul à l'erreur de diagnostic? Je ne le crois pas du tout, et j'en donne comme preuve celles de mes observations où cet effet thérapeutique a été incomplet, alors qu'à l'appendice les lésions étaient grossièrement évidentes.

D'ailleurs, d'après ce que j'ai observé, le résultat n'a jamais été nul, et, par exemple, si, dans mes observations XXI et XXII, on note la persistance de quelques ennuis intestinaux, il n'en reste pas moins vrai que l'amélioration a été considérable, et je me félicite, en tout cas, d'avoir enlevé l'appendice, mon but, ce faisant, étant beaucoup moins de guérir l'entéro-colite — ce qui vient souvent par surcroît, l'expérience nous l'a appris — que de supprimer un organe devenu dangereux. Car mes observations XVI à XXVII me semblent prouver sans discussion possible, qu'au milieu de l'entéro-colite muco-membraneuse la plus chronique et la mieux caractérisée peut éclater l'appendicite la plus grave, au point d'être mortelle.

Dans quelle proportion une entérite se complique-t-elle ainsi? Pour les enfants, L. Guinon vient de donner un relevé où il compte, dans une clientèle de ville suivie de très près, 20,7 p. 100 d'appendicite dans ses cas d'entéro-colite de diverses formes.

C'est un minimum, car nous ignorons ce que l'avenir réserve aux indemnes actuels. Quant à l'entéro-colite muco-membraneuse de l'adulte, ce que j'ai dit plus haut de notre ignorance sur sa nature exacte, fait qu'un pourcentage précis entre des faits disparates, me paraîtrait prématuré : mais la complication appendiculaire m'y semble cependant assez possible pour qu'on ne soit pas en droit de l'exclure, pour ainsi dire, par cela seul qu'un sujet a de l'entéro-colite muco-membraneuse. C'est parce qu'il avait de l'entérite ancienne et indiscutable que l'enfant de mon observation XXVII a succombé à une crise dont on a méconnu la nature, jusqu'au moment où il était trop tard : les médecins qui le soignaient croyaient à l'antagonisme, et la désillusion leur fut rude.

On m'objectera, peut-être, que je ne donne ici que trente-trois observations : c'est peu, pour un chirurgien qui opère beaucoup d'appendicites. Mais je répondrai que je n'ai relevé ici que les observations où des troubles entéritiques anciens sont notés ; et parmi les observations d'hôpital, beaucoup sont inutilisables, faute de renseignements bien pris par nos élèves au moment de l'admission. Je m'accuse de cette imperfection qui, je pense, surprendra peu mes collègues. En outre, j'estime qu'il faut tenir compte des cas où entérite et appendicite existent d'emblée à peu près ensemble, et sur ce point j'ai dit que je les évalue à environ 10 p. 100 ; pour les renseignements relatifs à la crise elle-même, je crois que nos fiches sont à peu près régulièrement prises.

Je reconnais que, pour ces cas surtout, les hésitations du clinicien peuvent être grandes, pour préciser le moment auquel une entéro-colite se complique d'appendicite, au sens chirurgical du terme. Cependant, pour les entérites aiguës, l'empâtement douloureux avec défense musculaire de la paroi au niveau de la fosse iliaque, les vomissements à tendance porracée, doivent nous mettre en défiance ; et la persistance de ces symptômes devient une indication opératoire, immédiate ou différée. Souvent, toutefois, nous ne pouvons pas poser du premier coup le diagnostic, il nous faudra quelques jours d'étude, la question étant encore rendue plus difficile par ces cas où une appendicite, même grave, peut se cacher vers le promontoire, sous le foie, autour du rein, tandis que la fosse iliaque nous apparaît souple et libre. C'est un des motifs pour lesquels je crois que l'opération toujours immédiate donne lieu à des surprises, et il m'arrive plusieurs fois par an de trouver dans mon service des malades admis pour appendicite pour lesquels, en fin de compte, je m'abstiens, concluant à une entérite aiguë à prédominance typhlo-colique ; mais mon

observation XXV prouve qu'il peut s'agir, en réalité, d'une appendicite suppurée à siège anormal.

Quant au diagnostic de l'appendicite chronique et de l'entérite muco-membraneuse chronique, lui aussi est délicat, d'autant plus, je le répète, que les malades, parfois, nous y incitent. Cependant, si l'on tient compte, dans les antécédents, des colites prédominantes toujours à droite, des « embarras gastriques fébriles » à répétition, avec vomissements ; si l'on insiste, dans l'examen local, sur le défaut de souplesse du cæcum, sur un gonflement douloureux à la pression au niveau du point de Mac-Burney, on n'opérera qu'à bon escient.

Voici, maintenant, les observations qui ont servi à éclairer ma religion. Je ne donne que les résumés. Dans quelques mois, mon élève Artault, les publiera *in extenso* dans sa thèse.

Premier groupe. — *Appendicite compliquant une entérite ancienne, de nature non déterminée, remontant souvent à l'allaitement ou au sevrage, sans que l'on mentionne d'évacuations muco-membraneuses.* Je ferai remarquer que ce symptôme passe souvent inaperçu, dans la classe ouvrière, si un médecin ne fait de parti-pris examiner les selles recueillies dans un vase.

I. — Dev... (Jean), cinq ans, entré le 10 décembre 1899, à l'hôpital Trousseau ; crise ayant débuté dans la nuit du 7 au 8 ; diarrhée depuis e début jusqu'au 14 décembre. L'enfant est sujet, depuis longtemps, à de la diarrhée combattue par des médicaments (?) et un régime sévère. Opération le 12 janvier 1900 ; appendice rétro-cæcal, dans un foyer de fausses membranes auxquelles il adhère et qu'il a fallu drainer. Guérison.

II. — P... (Henri), dix ans et demi, entré le 21 janvier 1897, à l'hôpital Trousseau. Élevé au biberon, a eu de l'entérite à l'âge de trois mois. Depuis l'âge de deux ans, a souvent des vomissements, sans diarrhée ni constipation. Depuis deux mois, diarrhée fétide revenant à plusieurs reprises ; douleurs à droite. On diagnostique une typhlite traitée par l'huile de ricin. Cette fois, l'enfant reste constipé entre les atteintes de diarrhée. Le 19 janvier, à huit heures du soir, coliques et diarrhée : on donne encore de l'huile de ricin, mais cette fois l'enfant vomit. Le 21 janvier, il présentait les signes d'une appendicite avec assez grosse tuméfaction ; les accidents se calmèrent sans alerte, mais en opérant, le 21 février, nous trouvâmes cependant dans le haut du bassin un foyer purulent autour de l'appendice adhérent. L'enfant a été revu le 30 juin 1898 ; ses fonctions digestives sont devenues régulières.

III. — E... (masculin), treize ans, entré le 9 mai 1905 à l'hôpital des Enfants-Malades. Constipation habituelle, mais depuis deux mois

diarrhée et coliques. Crise dans la nuit du 1er au 2 mai, coliques, vomissements, diarrrhée, apyrexie. Puis constipation. Le 27 juin, ablation d'un appendice remontant contre le bord antéro-externe du côlon auquel il adhère et contenant deux calculs stercoraux; folliculite hémorragique.

IV. — D... (Eugène), huit ans, entré le 1er mai 1901, hôpital Tenon. Diarrhée verte assez rebelle à dix-huit mois, puis reste constipé. Il y a dix-huit mois, première crise d'appendicite, deuxième crise il y a cinq mois; troisième crise, il y a huit jours. Diarrhée pendant les crises. Alternatives de diarrhée et de constipation entre les crises. Le 3 mai, ablation de l'appendice non adhérent, rouge, long de 14 centimètres. Guérison.

V. — R... (Robert), sept ans et demi, entré le 28 février 1899 à l'hôpital Trousseau. A dix mois, puis à quinze mois, diarrhée intense, avec vomissements, durant de un à deux mois. Depuis, peu d'appétit, souvent ballonnement de ventre et douleurs épigastriques. Il y a une quinzaine de jours, diarrhée et vomissements. Il y a deux jours, début de la douleur dans la fosse iliaque droite et reprise de vomissements. Toujours diarrhée. Hier on a vu des oxyures dans les selles. Le 14 mars, résection de l'appendice, très long et turgescent. Guérison.

VI. — M... (Maurice), sept ans et demi, entré le 20 décembre 1904, à l'hôpital des Enfants-Malades. A dix-huit mois, diarrhée qui dure trois mois; depuis, souvent coliques et diarrhée. Cependant, assez bon état général. Crise aiguë d'appendicite (quinze jours de lit) en décembre 1903. Depuis, troubles d'appendicite chronique. Le 26 décembre, ablation d'un appendice contenant du mucus sanguinolent. Guérison.

VII. — L... (Raymond), neuf ans, entré le 24 mars 1904, à l'hôpital des Enfants-Malades. Rachitique après graves diarrhées de nourrisson. A quatre ans, entérite avec selles sanglantes; soigné pendant six mois, bien guéri. Depuis un an, nausées fréquentes, douleurs abdominales, selles normales. Crise aiguë d'appendicite le 20 mars. Le 28 avril, ablation d'un appendice long, rempli de matières fécales, atteint de folliculite sur toute la longueur.

VIII. — P... (Georgette), treize ans, entrée le 4 septembre 1905, à l'hôpital Trousseau. Depuis un an, alternatives de diarrhée et de constipation. Le 30 août, crise d'appendicite avec diarrhée abondante. Opérée d'urgence pour abcès iliaque. Guérison.

IX. — L... (Edgar), dix ans, entré le 10 décembre 1895, à l'hôpital Trousseau. Sujet depuis cinq ans à une diarrhée presque continuelle. Le 6 décembre, crise d'appendicite. Le 11 décembre, ouverture d'un abcès iliaque droit. Guérison.

X. — J... (Germaine), dix ans, entrée le 16 décembre 1906, à l'hôpital des Enfants-Malades. Depuis environ un an, coliques fréquentes, surtout à droite; diarrhée de temps à autre, peu à peu augmentée. Le 12 décembre, crise d'appendicite. Opérée le 21 janvier 1906, appendice calculeux, rétro-vésical; un peu de liquide dans le péritoine; adhérences épiploïques. Guérison.

XI. — S... (Pauline), dix ans et demi, entrée le 20 mars 1899, à l'hôpital Trousseau, a été atteinte en mars, puis en septembre 1897 de deux crises de diarrhée (selles jaune d'œuf) qui ont duré quatre jours s'accompagnant de vives douleurs abdomidales à droite. A la dernière, elle fut mise en absevation dans mon service, mais l'appendicite resta douteuse. Le 12 mars 1899, début d'une crise plus violente que les autres; *à l'admission*, peu de diarrhée, 39 degrés, empâtement de la fosse iliaque droite; le 23 mars, ouverture d'un gros abcès. Guérison.

XII. — B... (Maurice), quatre ans, entré le 30 septembre 1905, à l'hôpital des Enfants-Malades. A trois ans, crise d'entérite succédant à une constipation habituelle. Depuis, soumis à un régime sévère, presque exclusivement végétal. Crises d'appendicite en septembre 1904, puis deux en décembre, puis en avril 1905. D'avril à septembre repos, régime très sévère, une rougeole avec otite ayant forcé à différer l'opération. Opéré le 3 octobre; appendice adhérent. Guérison.

XIII. — F... (Edouard), dix ans, entré le 21 mai 1904, à l'hôpital des Enfants-Malades. Il y a quatre ans, soigné pour inflammation d'intestins; resté constipé, mais avec de fréquentes indigestions accompagnées de diarrhée et durant environ deux jours. Le 20 mai, coliques à droite, vomissements, diarrhée. Le 20 juin, ablation d'un appendice scléreux, oblitéré sur une longueur de 2 à 3 centimètres à 2 centimètres du cæcum. Pointe renflée en massue, contenant des matières fécales, avec follicules rouges et turgescents. Guérison.

XIV. — D... (Béatrice), née en octobre 1898. A eu à deux ans une *angine grave* membraneuse à pneumocoques. Sujette aux accès de faux croup. A trois ans et demi, *angine* diphtérique (?) à Cannes. A quatre ans, poussée tuberculeuse fébrile des *ganglions cervicaux* et trachéo-bronchiques. La fièvre, d'origine douteuse, pourrait s'expliquer aussi par des *selles fétides et mal liées*. Le régime mieux conduit supprime les signes d'entérite sans arrêter la fièvre. En 1903, traitement par le *jus de viande* et la *viande crue*. En novembre, première poussée d'appendicite; en février 1904, deuxième atteinte, sans fièvre et sans vomissements, mais avec de vives douleurs et altération des traits. Opérée en avril : follicules très gonflés, infiltrats hémorragiques multiples, exsudat sanguinolent dans la cavité. Guérison. (Obs. VIII de Guinon).

XV. — P... (Jeanne), six ans, a été atteinte à trois ans (après une première enfance normale) d'une atteinte de diarrhée avec fièvre, selles

sanglantes et glaireuses. Depuis, constipation. Malgré ce régime alimentaire sévère, elle a tous les trois à quatre mois des crises de douleurs abdominales avec vomissements et température s'élevant à près de quarante degrés et durant environ cinq jours. Grippe en avril 1903. Crise abdominale en mai. Opérée le 4 juin 1903. Appendice non adhérent, avec une tache de folliculite hémorragique comme une lentille à 1 centimètre du sommet. Guérison. Depuis, cette enfant, dont j'ai eu des nouvelles en avril 1906, n'a plus d'accidents abdominaux.

DEUXIÈME GROUPE. — *Appendicites compliquant des entéro-colites muco-membraneuses plus ou moins anciennes et chroniques.*

XVI. — R... Louis, neuf ans et demi, entré le 4 juin 1897 à l'hôpital Trousseau. Tendance à la constipation. En mai 1895, entérite aiguë, avec selles sanglantes. De mai à juillet 1896, évacuations muco-membraneuses, douleur iliaque droite à la pression ; d'août à octobre, sable dans les selles. Le 13 novembre 1906, fièvre, nausées; le 15, purgation, évacuation d'une quantité énorme de fausses membranes. Douleur à droite, nausées, puis grosse tuméfaction iliaque, avec phénomènes de péritonite localisée qui se sont aggravés jusqu'au 27 novembre. Amélioration lente à partir du 15 décembre. Puis état satisfaisant, malgré la persistance de selles muco-membraneuses. En mai 1897, petite crise d'appendicite. Le 8 juin, ablation d'un appendice calculeux et adhérent. Guérison. Enfant revu bien portant à diverses reprises.

XVII. — W... Georges, six ans, entré le 6 novembre 1897 à l'hôpital Trousseau. Il y a six mois, entérite aiguë glaireuse, dont il s'est bien remis. Le 3 novembre, début brusque d'une crise d'appendicite avec diarrhée glaireuse. Puis signes de péritonite aiguë. Le 6 novembre, opération d'urgence ; pus abondant entre les anses d'intestin non adhérentes. Guérison. Enfant revu depuis à plusieurs reprises, en excellent état.

XVIII. — P... Marcelle, onze ans, entrée le 2 mai 1904, hôpital des Enfants-Malades. Depuis environ deux ans, coliques, constipation ; de temps à autre, vomissements avec recrudescence de la constipation ; il y a deux mois, un médecin remarque « des peaux » dans les selles. Le 1er mai, vomissements, fièvre, douleur à droite. A l'entrée, dans la fosse iliaque droite, petite tumeur dure, douloureuse, roulant sous le doigt. Le 27 mai, résection de l'appendice à paroi très épaissie, à follicules nettement hémorragiques, contenant des trichocéphales. Guérison.

XIX. — B... Louise, onze ans et demi, entrée le 1er mars 1906, hôpital des Enfants-Malades. Toujours très constipée. Il y a un an, vives douleurs abdominales et vomissements; depuis, point de côté abdominal presque constant à droite. Seconde crise en juillet 1905, et depuis, constipation opiniâtre, matières striées de sang, couvertes de

peaux et de mucus. Le 28 *mars*, ablation d'un appendice très rouge extérieurement ; folliculite hémorragique très marquée, surtout à la base. Guérison.

XX. — H... André, douze ans, entré le 24 mars 1903 à l'hôpital des Enfants-Malades. En janvier 1903, vives coliques avec diarrhée et vomissements ; puis selles glaireuses. Un mois après, crise semblable durant deux jours. Il y a quelques jours, vives douleurs, avec fièvre, mais sans diarrhée. Le 30 mars, résection de l'appendice qui est long, gros, turgescent, non adhérent. Guérison.

XXI. — L... Suzanne, actuellement âgée de dix-huit ans et cinq mois. Cette enfant est née dans des conditions normales et a été élevée sans incident durant la première enfance. A dix-huit mois, elle eut une forte coqueluche, suivie d'une entérite *membraneuse*, avec tendance au subictère et à la congestion du foie ; une saison à Pougues procura de l'amélioration, une autre fut faite deux ans après, pour combattre la même tendance.

A quatre ans, « fièvre muqueuse », où la fièvre et les symptômes intestinaux durèrent environ quarante jours ; cela se passait pendant les vacances, et deux enfants du village eurent des accidents analogues.

A huit ans, rougeole simple.

A neuf ans et demi, nouvelle infection intestinale avec diarrhée pour laquelle les D[rs] Le Gendre, Maubrac et moi-même diagnostiquèrent une fièvre typhoïde légère, sans taches. La maladie franche débuta le 19 juin 1897 (39 degrés), mais avait été précédée durant quinze jours de fatigue, pâleur, amaigrissement, céphalée, courbature. La fièvre dura quatorze jours ; puis au vingt et unième jour, rechute avec huit jours de fièvre. Pendant la convalescence, douleurs spontanées et à la pression en haut du tibia droit et sur le fémur gauche. Tendance persistante à l'entérite membraneuse et à la congestion hépatique : une saison à Vichy.

En novembre 1898, crise intense de diarrhée muco-membraneuse, avec météorisme abdominal, douleur sur le trajet du côlon, température pendant les trois premiers jours à 38 degrés, puis pendant trois jours à 40 degrés, puis en cinq jours défervescence progressive. Comme la douleur était assez vive dans la fosse iliaque droite, je fus appelé pour vérifier l'état de l'appendice, et n'y trouvai rien d'anormal.

L'enfant fut malade pendant cinq semaines, puis se rétablit lentement et fut soumise à un régime alimentaire sévère, malgré lequel elle fut prise le 14 juin 1899 d'une crise d'appendicite bénigne, avec 40 degrés de température, vomissements, douleur intense, empâtement et défense musculaire de la fosse iliaque droite. Cette crise, traitée par glace et opium, ne dura que deux jours, et l'enfant fut opérée par moi le 28 juin ; l'appendice était gros, turgescent, entouré de quelques adhérences glutineuses ; il contenait un petit calcul.

La guérison opératoire eut lieu sans incident, malgré une constipa-

tion notable, et au bout de trois semaines, l'enfant partit pour la campagne, où elle fut prise le 25 juillet d'une atteinte grave d'entéro-colite muco-membraneuse, débutant par 40 degrés et le lendemain par des selles sanglantes.

Au bout de neuf jours, cessation des accidents sérieux, mais les selles restent décolorées, irrégulières, diarrhéiques, et l'enfant, sur le conseil de M. Le Gendre, fit une légère saison à Vichy.

Elle eut encore deux crises analogues, quoique bien moins intenses, mais avec fièvre nette, en septembre et en novembre 1899. Puis elle s'est améliorée peu à peu, conservant une susceptibilité intestinale réelle, ne tolérant pas, par exemple, les œufs. De temps à autre, principalement au moment de ses règles, elle rend des membranes, mais sa santé générale est excellente.

XXII. P..., (Hélène), trente-sept ans, entrée le 2 août 1902 à l'hôpital Tenon. A été laparotomisée déjà en 1895 pour hystéropexie, en 1896 pour ablation de salpingite suppurée gauche. Actuellement, utérus fibromateux, règles tous les quinze jours; annexes droites un peu tuméfiées et sensibles. Névropathe, très constipée, à entérite muco-membraneuse ancienne. Déjà en 1896, puis en 1901, crises d'appendicite probable. Crise le 2 juin 1902, vomissements, 39°2, soupçon d'appendicite; mais en l'absence de tuméfaction iliaque nette, je crois plutôt à une crise d'entérite muco-membraneuse. Mais pendant six semaines alertes successives, sensibilité persistante à la pression de la région iléo-cæcale, température variant entre 39 et 40 degrés. Le 16 juillet 1902, ablation d'un long appendice moniliforme, adhérent, dont la lumière est oblitérée en plusieurs points. Guérison. Depuis, a eu des rechutes d'entérite, mais bien moins accentuées et sans les poussées fibriles avec douleur iléo-cæcale notées pendant la période qui, en juin 1902 a abouti à l'opération d'appendicite.

XXIII. — Max P..., est né le 13 juillet 1900, à terme, au forceps; il eut quelques jours de jaunisse, son allaitement fut difficile, avec six nourrices, du lait d'ânesse, de la diarrhée verte. Au sevrage, en août 1901, il digéra très bien pendant six mois le lait concentré, mais fut pris d'entérite quand on essaya de le mettre à la nourriture ordinaire. Le 18 juillet 1903, paralysie infantile, accompagnée d'une poussée d'entérite avec diarrhée sanglante; en octobre l'enfant (qui conserve de l'atrophie de la jambe droite) recommence à marcher.

Le 18 mai 1904, crise d'entérite muco-membraneuse avec fièvre, et séjour d'environ un mois au lit.

Depuis, l'enfant est resté constipé, rend moins de peaux, de glaires dans ses lavements. Rougeole en décembre 1904. Accidents intestinaux dès qu'il mange de la viande rouge ou du pain.

Le 12 septembre 1905, crise brusque, débutant en tramway: douleur iliaque, vomissements alimentaires, puis verts; température, 39 degrés, Pouls 144. Je vis l'enfant le 14 : température 37°5; Pouls, 112, douleur à la pression et léger empâtement de la fosse iliaque. Ces signes se sont

peu à peu amendés, et l'enfant était en très bon état lorsque je lui ai enlevé, le 14 décembre 1905, un appendice non adhérent, mais très enflammé et contenant un petit calcul.

Depuis, il reste constipé, mais il peut, sans diarrhée, manger de la viande et du pain. Il se porte mieux qu'il ne s'est porté depuis trois ans. Cet enfant va faire avec sa mère une saison à Plombières; son père a été opéré d'appendicite il y a quelques semaines et n'a pas d'entérite.

XXIV. — D..., Marguerite, vingt et un ans, habituellement constipée, a été prise en novembre 1905 de malaise, céphalalgie, constipation opiniâtre. Le 10 décembre, elle dut s'aliter, avec fièvre, douleurs à droite. Elle fut purgée au calomel, soumise aux lavages intestinaux; évacuations muco-membraneuses. La température qui toujours eut des sautes brusques, atteignit entre 39 et 40 degrés, jusqu'au 20 janvier, puis de 38 à 39 degrés; à partir du 25 janvier, elle ne dépassa pas 38 degrés. Le 5 février, rechute, 38°6, selles remplies de peaux; on soupçonne une appendicite. Amélioration graduelle grâce à un régime exclusivement végétal, la moindre infraction causant de la fièvre, constipation opiniâtre. Le 8 mai, ablation d'un appendice situé sous le foie, non adhérent, gros, court, scléreux, à muqueuse rouge, à contenu muco sanguinolent.

Depuis, m'écrit la mère, la température est stationnaire à 36°5, et ma fille, qui peut enfin manger de tout, et mener la vie de tout le monde, se félicite tous les jours de s'être débarrassée par cette opération à la fois de sa constipation et de tous ses malaises.

XXV. — Ch..., Gustave, huit ans et demi, entré le 2 août 1897, hôpital Trousseau. Il y a deux ans, coliques, selles morcelées et glaireuses, pendant six semaines. Depuis quelques semaines diarrhée (selles non examinées). Le 29 juillet, crise brusque, avec vomissement et diarrhée. Température 38°5. Les accidents calmés, on ne sent rien de net dans la fosse iliaque, et l'enfant quitte l'hôpital le 8 septembre. Revient le 23 septembre parce qu'il souffre, diarrhée, langue sale, et l'on sent un léger empâtement dans la fosse iliaque. Opéré le 25 septembre : appendice pelvien entouré de pus. En décembre, appétit bon, selles régulières.

XXVI. — Edouard C..., neuf ans et demi, entré le 27 avril 1904 à l'hôpital des Enfants-Malades. Constipation habituelle, souvent coliques et vomissements sans cause connue. Aggravation depuis huit jours. Le 26 avril, une selle avec glaires sanglantes, douleurs abdominales vives; arrive à l'hôpital avec météorisme, température 38°4, douleur et défense musculaire à la fosse iliaque droite. Du 28 avril au 8 mai (avec décroissance à partir du 30 avril) selles glaireuses et sanguinolentes. Le ventre devenu souple, on sent une petite tumeur dure roulant sous le doigt dans la fosse iliaque. Le 27 mai, ablation d'un appendice court et rouge. Guérison.

XXVII. — Z..., né à sept mois le 3 août 1900, sevré à huit mois, première atteinte d'entérite six semaines après. Malgré tous les traitements, ces crises se sont répétées, plus ou moins intenses, de trois en trois mois régulièrement, avec évacuations glaireuses. En juillet 1903, en plein jeu, l'enfant a poussé brusquement un grand cri, en se plaignant de mal au ventre; on l'a couché, il s'est endormi, et le lendemain il n'y paraissait plus. Après cela, excellente saison au bord de la mer, sans indisposition d'aucune sorte, augmentation de 1 kilogramme.

Le 7 novembre, en pleine santé, 38°5, vomissements. Le Dr X..., médecin des hôpitaux, qui soigne habituellement l'enfant, l'examine, palpe le ventre, n'éveille aucune douleur et conclut à une atteinte d'entérite identique aux autres; il le traita par le calomel, les lavages intestinaux, la diète. Le lendemain, deux autres médecins des hôpitaux virent l'enfant en consultation et portèrent le même diagnostic. Fosse iliaque libre. Le 9 novembre, à 9 heures du matin, tandis que le père (qui est médecin) donnait un lavement, douleur vive, syncopale, puis avec une rapidité extrême, météorisme, vomissements verts, puis fécaloïdes. On songea alors à l'appendicite, avec difficulté à cause de l'entérite glaireuse ancienne indiscutée. Je fus appelé d'urgence à 1 heure de l'après-midi et j'affirmai qu'il s'agissait d'une péritonite diffuse dont la cause ne pouvait être que dans l'appendice; on sentait d'ailleurs une tuméfaction haut située au toucher rectal. J'ai opéré à 3 heures de l'après-midi, *in extremis*, et l'enfant est mort à 9 heures du soir. Péritonite diffuse, ayant pour point de départ un abcès pelvien supérieur autour de l'appendice calculeux et gangrené. Or, au moment où l'on apporta l'enfant sur la table d'opération, il eut sous mes yeux une selle muco-sanguinolente des plus abondantes.

Troisième groupe. — *Appendicites accompagnées d'évacuations glaireuses au moment de la crise aiguë ou après l'opération.*

XXVIII. — B... (Alice), quatorze ans, entrée le 5 février 1903 à l'hôpital Tenon. A été opérée par moi, à l'âge de cinq ans, d'un genu valgum rachitique; bien réglée, habituellement constipée. Une crise de coliques, vomissements et constipation il y a un an; une autre, de coliques très vives, sans vomissement, il y a quinze jours, mais cette fois les douleurs abdominales persistent. A l'entrée, on sent dans la région iliaque droite un petit boudin douloureux, température à 38 degrés. Le 12 février (le 11, température à 39 degrés), sous nos yeux selles diarrhéiques muco-membraneuses, pas d'empâtement iliaque. Le 5 mars, ablation de l'appendice, rouge à la pointe qui est adhérente à l'épiploon rouge, mais souple. Guérison.

XXIX. — S... (Joseph), entré le 26 janvier 1905 à l'hôpital des Enfants-Malades. Dans son passé abdominal, on ne relève que des coliques intermittentes, sans cause connue. Le 20 janvier, crise brusque d'appendicite; vomissements; une selle par jour. Dans la nuit du 25 au 26, coliques plus intenses, sueurs, frissons, diarrhée glaireuse. A l'entrée,

gros empâtement iliaque. Le 10 mars, ablation d'un appendice adhérent, entouré de magma caséeux, pointe très scléreuse, presque oblitérée. Guérison.

XXX. — H... (François), quatre ans et demi, entré le 4 avril 1905, à l'hôpital des Enfants-Malades. Enfant assez chétif, sujet depuis deux ans à des coliques sans cause connue. Crise d'appendicite débutant dans la nuit du 30 mars au 1er avril, avec diarrhée contenant « des peaux ». La diarrhée a duré jusqu'au 12 avril. L'enfant n'a été opéré que le 16 juin à cause d'une rougeole intercurrente. Cæcum et appendice situés sous le foie et adhérents. Guérison.

XXXI. — L... (Henri), treize ans, entré le 16 juin 1904, à l'hôpital des Enfants-Malades. Depuis longtemps, coliques, alternatives assez fréquentes de diarrhée et de constipation. Première crise d'appendicite en février 1904; deuxième le 12 juin, avec diarrhée. Du 25 au 29 juin, à l'hôpital, selles diarrhéiques sanguinolentes et glaireuses. Le 19 juillet, ablation d'un appendice pelvien, adhérent, perforé à sa partie moyenne, transformé à sa pointe en une cavité close contenant du muco pus. Guérison.

XXXII. — F... (Ferdinand), onze ans. Pas de constipation habituelle, urticaire chronique avec dermographisme. Deux fois, il y a cinq ou six ans, diarrhée, vomissements pendant deux à trois jours. 22 juin 1903, après un repas copieux (homard, fraises), vomissement; le 23, fièvre, (39°4); purge au calomel. Le 24, entérite glaireuse; 38°9. A partir de ce moment, soigné par les Dr Louis Fournier et Marcel Garnier; calomel, lavages intestinaux. Le 1er juillet, 39°6, vomissements noirâtres. A partir du 3 juillet, vives douleurs abdominales plutôt à droite. Le Dr Le Gendre, puis moi-même soupçonnons une appendicite, quoique nous ne sentions rien dans la fosse iliaque ni au toucher rectal; glace, diète. Le 10 juillet, cessation des signes abdominaux, sauf de la diarrhée glaireuse, qui dure, très atténuée, jusqu'au 14 juillet. Alimentation légère avec des purées de légumes. Le 17, deux vomissements. Du 8 au 20, température de 37°5 à 38 degrés. Le 20, ouverture d'un gros abcès situé dans le haut de la partie gauche du bassin; un calcul stercoral. Guérison. Depuis, état excellent.

XXXIII. — I... (Suzanne), neuf ans et demi, entrée le 30 janvier 1906 à l'hôpital des Enfants-Malades. Pas d'entérite préalable. Crise d'appendicite aiguë depuis le 28 janvier. Le 31 janvier, incision d'un abcès; appendice gangrené. Le 9 février, coliques, diarrhée avec fausses membranes assez abondantes. De même le 10. Guérison sans autre incident.

M. Routier. — Je crois pouvoir affirmer que jamais la ligature de l'appendice ne produit le piqueté hémorragique de sa muqueuse.

Je vous ai dit ici, il y a déjà plusieurs années, que toutes les

fois que je fais une laparotomie, soit pour fibrome, soit pour salpingite, soit pour hystéropexie, j'en profite presque toujours pour enlever l'appendice, c'est-à-dire que je l'enlève toutes les fois que par cette manœuvre je ne crois pas aggraver l'intervention.

Eh bien, quand j'enlève ainsi des appendices sains, je ne vois jamais d'ecchymoses sur la muqueuse.

De sorte que l'ecchymose de la muqueuse, son piqueté hémorragique sont pour moi de vraies lésions de cet organe.

M. Broca. — Je confirme avec plaisir ce que vient de dire Routier. J'ai réséqué, en les voyant avec une hernie du cæcum, plusieurs appendices sains chez l'enfant, et je n'y ai jamais vu le piqueté hémorragique de la folliculite.

Plaie, par balle de revolver, de la carotide primitive et de la jugulaire interne. Ligature de la carotide. Suture latérale de la jugulaire. Accidents cérébraux immédiats. Guérison,

Par M. LUCIEN PICQUÉ.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter cette malade qui a été opérée d'urgence, et sur mes indications, par mon interne Jacques de Fourmestraux.

Voici d'abord l'observation de cette malade, rédigée par lui-même :

Madeleine G..., dix-neuf ans, blanchisseuse, est amenée le 4 avril 1906, à l'hôpital Bichat, à huit heures du soir, pendant notre service de garde, dans le service de M. le Dr Picqué.

Elle a reçu, une demi-heure avant son entrée, un coup de revolver tiré à bout portant, dans la région cervicale gauche.

L'arme, tenue par un individu de haute taille, était dirigée de haut en bas; un tatouage des plus nets, marqué sur la peau par la poudre, est une preuve évidente que le coup a été tiré de très près.

Dès son arrivée, Madeleine G... est transportée dans la salle de pansement, et nous la voyons aussitôt. Un fait nous frappe de suite, c'est l'augmentation considérable du volume de son cou, qui nous apparaît comme au moins doublé de volume et donne, au premier abord, l'impression d'une plaie des voies aériennes, accompagnée d'un emphysème dans le tissu cellulaire.

Par un examen plus attentif, nous pouvons nous rendre compte que cette tuméfaction, beaucoup plus prononcée du côté gauche que du

côté droit, est sous-sterno-mastoïdienne, et due sans aucun doute à des caillots sanguins.

L'orifice d'entrée du projectile siège à deux travers de doigt de la clavicule gauche, et semble se prolonger un peu en arrière du bord antérieur du sterno-cléido mastoïdien, fortement repoussé en avant. Un caillot bouche la plaie extérieure qui ne saigne plus, mais l'hémorragie externe a dû être considérable, si l'on en juge par les vêtements de la malade qui sont souillés d'une grande quantité de sang. Cette dernière répond sans difficulté aux questions qu'on lui pose, mais après une crise d'agitation passagère, pendant laquelle nous sommes à même de constater qu'il n'y a pas trace d'hémiplégie, elle tombe dans une sorte de stupeur et de demi-coma. Son pouls est à 120, sa respiration rapide, le visage est couvert de sueur.

Nous portons le diagnostic de plaie probable de la carotide, et, en tout cas, de plaie d'un gros vaisseau du cou avec une hémostase momentanément réalisée; mais les événements se précipitent, et nous forcent à agir de suite.

En effet, l'hémorragie externe se reproduit, et nous constatons que sous nos doigts la tuméfaction cervicale augmente d'une façon très nette.

La respiration se fait plus rapide, le pouls est à peine perceptible, et la malade perd tout à fait connaissance. Sans penser un instant à lui faire donner un anesthésique quelconque, et sans la faire transporter dans la salle d'opération, devant une blessée qui nous donne l'impression très nette de mourir sous nos yeux d'hémorragie, nous décidons de pratiquer une incision exploratrice qui nous renseignera sur le siège exact de la plaie artérielle.

Avec l'aide du Dr Damiot, alors externe du service, nous traçons sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien une longue incision dépassant en bas la clavicule, atteignant en haut le bord supérieur de l'os hyoïde, — incision classique de la ligature de la carotide prolongée en haut et en bas.

Deux écarteurs de Farabeuf réclinent le sterno en dehors, la trachée et le larynx en dedans ; nous arrivons alors sur une masse de caillots du volume du poing. Nous les enlevons, mais aussitôt un flot de sang inonde nos mains et le champ opératoire. Notre pouce sur le tubercule de Chassaignac diminue en partie l'hémorragie, mais la plaie est profonde, étroite ; la malade dilate ses pupilles et est dans un état syncopal. Il faut voir clair et aller vite ; le sterno-mastoïdien nous gêne et cache une partie du champ opératoire. Nous le sectionnons en travers. Cette section donne un jour considérable, et nous pouvons constater l'étendue des lésions. La carotide primitive est complètement sectionnée ; nous plaçons le doigt de notre aide sur le tubercule de Chassaignac ; il n'en bougera pas jusqu'au moment de la ligature.

La jugulaire interne a, elle aussi, été atteinte, et sur son bord antérieur une perforation à l'emporte-pièce du volume d'une petite lentille laisse écouler une grande quantité de sang. Nous mettons une pince faiblement serrée sur son extrémité supérieure, et en raison du peu

d'étendue de cette perforation, nous tentons une suture latérale. Une aiguille de couturière, de la soie très fine, trois points de surjet permettent cette suture latérale qui ne présente aucune difficulté. La ligature de la carotide nous fut plus pénible. Le bout inférieur fortement rétracté fut difficile à isoler, nous y parvenons cependant et plaçons également un fil sur le bout supérieur.

L'hémostase assurée, nous nettoyons la plaie des caillots qu'elle contient encore, et pouvons nous rendre compte que le pneumogastrique a été épargné. Le projectile dirigé de haut en bas, de dehors en dedans, a entamé la jugulaire, sectionné complètement l'artère en passant au-devant du nerf.

Trop peu sûr de notre asepsie après une intervention faite dans une salle de pansement, nous ne tentons aucune réunion, et laissons la plaie largement ouverte.

Peu brillant avant l'intervention, l'état de notre opérée est devenu franchement mauvais. Le pouls est à 130, à peine perceptible, avec des intermittences; le visage est couvert de sueur, les narines pincées et les extrémités froides.

Sans désespérer néanmoins, et confiant en l'efficacité du sérum artificiel dans les grandes hémorragies, nous en faisons immédiatement. Trois litres dans la veine céphalique.

Nous conseillons, de plus, à la surveillante du service d'en injecter dans le tissu cellulaire autant que la peau en pourrait supporter.

En huit jours, Madeleine G... en reçut 35 litres.

Pendant l'injection de sérum, notre opérée reprend connaissance, répond, faiblement il est vrai, à nos questions, ne présente aucune trace d'hémiplégie.

Nous la voyons de nouveau une heure après. A ce moment, nous sommes à même de constater tous les symptômes d'une hémiplégie droite typique avec aphasie. Ces phénomènes, au dire de l'infirmière qui, la veille, ont apparu seulement il y a quelques instants. C'est donc une heure et demie après la ligature de l'artère, deux heures environ après le traumatisme initial, que les phénomènes paralytiques firent leur apparition.

Le lendemain, l'état s'était aggravé. Le pouls était à 120, mieux frappé, il est vrai, mais avec une température qui atteignait 39°5.

Il y a de l'anurie relative : 100 grammes dans les douze premières heures ; mais cette anurie n'est que passagère.

La résolution musculaire et la perte de sensibilité du côté droit étaient absolus, il n'y avait de ce côté pas traces de réflexes.

M. Talamon, qui voulut bien examiner la malade, porta un pronostic très réservé au point de vue vital et fonctionnel.

Les jours suivants, l'état resta stationnaire ; cependant, dès le lendemain, la température baisse pour ne pas dépasser 38 degrés à partir du cinquième jour. L'urine a reparu abondante. La connaissance reprend un peu, mais l'aphasie motrice reste totale; il n'y a pas traces de contracture ni d'escarre sacrée. Madeleine G... resta dans cet état pendant quatorze jours, mais un matin, tandis que nous commencions à déses-

pérer, et craignions chaque jour de voir apparaître des contractures, elle nous fit voir qu'elle détachait un peu sa jambe droite du plan du lit. A partir de ce moment, la guérison fit de rapides progrès; le 30 avril, la sensibilité est presque totalement réapparue, et les mouvements de flexion et d'extension de la jambe sont possibles. La motilité est beaucoup plus longue à apparaître au niveau du membre supérieur. L'aphasie fut plus longue à disparaître, les mots usuels furent employés les premiers. L'aphasie totale ne fut bientôt plus qu'une aphasie motrice pure avec conservation de la faculté d'entendre et de lire ; l'agraphie qui persista longtemps nous semble également n'avoir été qu'une agraphie purement motrice, due à la très grande difficulté que la malade garda longtemps à se servir de son membre supérieur. Pendant longtemps, la malade dessina ses lettres sans pouvoir écrire couramment.

Aujourd'hui, quatre mois après la ligature de l'artère, notre opérée semble avoir récupéré la presque totalité de ses fonctions; seule la parole reste lente et scandée, la marche est à peu près normale, les mouvements de préhension sont encore un peu indécis.

Localement, il n'y a aucun phénomène douloureux; la plaie a guéri par seconde intention; Madeleine G... n'est nullement incommodée par la section du sterno-cléido mastoïdien.

Une seule chose préoccupe notre opérée, c'est sa balle qu'elle sait ne pas lui avoir été enlevée. La radiographie ci-contre montre qu'elle se trouve logée près de l'extrémité vertébrale de la deuxième côte droite. M. Picqué se propose de préciser son siège par l'un quelconque des procédés de localisation des projectiles intra-viscéraux et de procéder s'il y a lieu à son ablation.

Cette observation qui fait honneur à mon interne me paraît intéressante à certains points de vue.

Je rappelle que la section du sterno-mastoïdien a donné un jour considérable, et n'a laissé aucun trouble fonctionnel, peut-être en raison du siège où la section a été pratiquée. En effet, celle-ci a porté bas en un point où les filets du spinal et de la 3e cervicale ont pu être épargnés.

La suture latérale de la jugulaire interne a été facilitée par la pose d'une pince au-dessus de la perforation ; les branches de cette pince n'étaient pas garnies de tubes de caoutchouc, mais elles étaient très peu serrées, et cette faible striction a suffi pour faciliter la ligature ; un surjet à la soie fine et des points perforants faits avec une aiguille de couturière ont réalisé l'hémostase.

Quant à la carotide, elle était entièrement divisée, et c'est la double ligature dans la plaie qui a été pratiquée. Bien que la réunion primitive n'ait pas été tentée pour les raisons qui ont été indiquées plus haut, la guérison s'est faite rapidement.

Enfin, une dose considérable de sérum a été injectée à la malade, soit dans la veine céphalique, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle pourra paraître très exagérée ; mais je tiens à faire remarquer que, non seulement la malade avait perdu beaucoup de sang et était exsangue, mais qu'il y a eu dès le début un état infectieux contre lequel j'ai voulu lutter par un véritable lavage du sang. J'ai, du reste, l'habitude, à Bichat, d'utiliser les doses massives sans le moindre inconvénient.

Le point véritablement intéressant de l'observation est relatif à l'hémiplégie compliquée d'aphasie qui s'est produite après la ligature.

Cette complication si grave et fréquente à la suite de la ligature de la carotide a exercé de tout temps la sagacité des chirurgiens et des physiologistes.

Récemment encore, à la Société de chirurgie (séance du 28 juin 1904), elle a été l'objet d'une discussion intéressante à propos d'un rapport de notre collègue Lejars.

Guinard reprenant l'opinion déjà ancienne de Lefort, dont il avait, dans un intéressant mémoire, confirmé l'exactitude, pense qu'en laissant de côté les cas de thromboses infectieuses, il n'est plus possible actuellement d'observer des accidents cérébraux mécaniques à la suite de la ligature de la carotide primitive quand la carotide du côté opposé est normale.

Déjà Pierre Delbet, dans son remarquable article, admet bien qu'il y ait là une circonstance pouvant favoriser la coagulation du sang dans la carotide liée, mais ne croit pas qu'elle ait, à elle seule, une valeur pathogénique ; il pense qu'il faut encore chercher, dans les infections légères et la production d'embolies septiques, la cause habituelle des accidents cérébraux.

Mais comment, alors, expliquer les phénomènes d'hémiplégie immédiate au moment de la constriction du fil ?

Les faits qu'ont rapportés Kirmisson, Faure, Reynier, Lejars, dans la discussion que je rappelais tout à l'heure, ne plaident-ils pas plutôt, en faveur, de troubles circulatoires d'ordre mécanique chez des malades dont la circulation est normale dans la carotide opposée ?

Je n'ai pas la prétention d'élucider, à l'aide de mon cas, cette délicate question de pathogénie.

Je pense néanmoins intéressant de vous rappeller les circonstances dans lesquelles l'hémiplégie s'est produite chez ma malade.

Elle a débuté une heure et demie après la ligature. Elle a persisté seulement pendant quinze jours ; je vous présente le résultat.

Sans revenir sur l'aphasie qui l'a accompagnée, et dont j'ai indiqué plus haut la marche, je dirai que le membre supérieur

a été le plus long à récupérer ses fonctions : l'hémiplégie a disparu d'abord dans le membre inférieur.

Or, je ferai remarquer que les classiques assignent à la région rolandique supérieure, qui tient sous sa dépendance les mouvements du membre inférieur, une double vascularisation qui vient de la sylvienne et de la cérébrale antérieure, tandis que la seule sylvienne irrigue le centre des mouvements du membre supérieur.

Pourrait-on se baser sur ce fait pour penser que nous nous sommes trouvés en présence de simples phénomènes d'ischémie mécanique dans un cerveau où les voies anastomotiques n'étaient pas préparées par un processus pathologique antérieur, comme on le voit dans les anévrismes. Il faudrait, en tout cas, supposer une ischémie partielle, car l'irrigation du lobe occipital ne semble pas avoir été intéressée, et la malade n'a présenté aucun symptôme du côté de la vue. Peut-on, d'autre part, penser chez cette malade à une embolie septique? Je tiens encore à rappeler qu'il y a eu, chez elle, une infection locale ; la température due aux circonstances défectueuses dans lesquelles cette femme mourante a dû être opérée, était tombée au quatrième jour; au bout de huit jours, la suppuration locale avait complètement disparu.

Or, je répète que l'hémiplégie avait apparu une heure et demie après la ligature.

En cas d'infection, une embolie pourrait-elle apparaître si hâtivement et les lésions produites auraient-elles pu alors disparaître aussi complètement? Il y a là, ce me semble, quelques points à élucider sur lesquels je désire avoir votre avis compétent.

M. Berger. — J'ai observé un cas d'hémiplégie survenue quelques semaines après la ligature de la carotide primitive. Il s'agissait d'une malade sur laquelle j'avais pratiqué cette ligature pour un anévrysme occupant l'origine de la carotide externe. Elle était guérie de l'opération, l'anévrysme avait disparu et ne présentait plus ni souffle ni battement, l'opérée venait de retourner chez elle quand elle tomba subitement dans un état comateux accompagné d'une hémiplégie totale occupant le coté opposé à la ligature.

La malade revint à elle au bout de quelques jours, les phénomènes paralytiques disparurent de la manière la plus complète sous l'influence d'un traitement spécifique, ce qui me fait supposer que ce n'était pas à la ligature qu'il fallait rapporter les accidents en question. Depuis lors, l'anévrysme a repris son volume et ses caractères. La malade se refuse à une nouvelle intervention.

M. Demoulin. — Les troubles cérébraux que l'on observe, après la ligature de l'artère carotide primitive, sont variables et, parfois, d'une interprétation difficile.

Je rapporterai, en quelques mots, ce que nous avons observé, dans un cas récent, mon collègue et ami J.-L. Faure et moi. Il s'agissait d'un homme, jeune encore, avec de bonnes artères, atteint d'un cancer reculé de la langue, avec adénopathies cervicales. Faure, avec sa maîtrise habituelle, procédait à l'ablation des ganglions du cou, lorsqu'il constata que, du côté droit, l'opération ne pourrait être complète, qu'en réséquant la carotide primitive, perdue dans le paquet ganglionnaire. Nous devisions, à ce moment, sur les effets de la ligature de ce vaisseau. Un fil fut placé, à la partie inférieure de la carotide primitive droite, et serré très lentement; à peine était-il noué que, nous constatâmes une paralysie faciale gauche des plus nettes. Au réveil du malade, il fut facile de voir que l'hémiplégie gauche était complète, les membres supérieur et inférieur, de ce côté, étaient inertes.

L'opération, des plus graves, puisqu'il avait fallu reséquer la branche montante du maxillaire inférieur, pour atteindre le cancer de la langue, était terminée à midi; à cinq heures du soir, la paralysie facialé était à peine appréciable, et il n'y avait plus que de la parésie des membres; le malade serrait la main, quoique faiblement, fléchissait la jambe sur la cuisse.

Le lendemain matin, à la visite, l'hémiplégie totale avait reparu; elle persista jusqu'à la mort du malade, qui eut lieu, quarante-huit heures après l'intervention, par collapsus.

L'autopsie n'a pu être faite.

Je crois devoir rapprocher de ce fait, un autre cas, qui montre que de simples manœuvres un peu prolongées, faites sur l'artère carotide primitive, peuvent déterminer des troubles cérébraux localisés.

Tout récemment, en enlevant, chez une femme de cinquante ans, une tumeur ganglionnaire tuberculeuse de la région latérale gauche du cou, je dus soulever, tirailler un peu l'artère et la disséquer de très près.

J'avais opéré dans la matinée, à dix heures; or, à la visite du soir, j'appris du personnel de la maison de santé que la malade, qui s'était réveillée très vite, n'avait, depuis le moment de son réveil, cessé d'être très agitée, et qu'elle ne parlait pas. A mon arrivée auprès d'elle, je constatai une parésie du membre supérieur droit, avec une aphasie motrice bien caractérisée. La malade ne trouvait plus ses mots, elle répétait, avec peine, les deux premières paroles que je prononçais au commencement des phrases que je faisais, pour l'interroger.

Les troubles de la parole ont disparu, progressivement, au bout de huit jours; il y a encore, à l'heure actuelle, soit plus de deux mois après l'opération, une légère faiblesse du membre supérieur droit.

M. Paul Reynier. — Je partage la manière de voir de M. Berger. Il me paraît difficile de ne pas admettre la possibilité à la suite de la ligature de la carotide, de l'ischémie cause des phénomènes hémiplégiques, qui apparaissent en même temps que la ligature de l'artère. J'ai eu l'occasion de faire un certain nombre de fois cette ligature, et si dans quelques cas je n'ai eu aucun accident, par contre j'ai le souvenir de trois hémiplégies, dont une limitée au membre supérieur, survenant de suite après la ligature.

Dans deux cas, comme dans l'observation de M. Picqué, ces hémiplégies ont été temporaires. Chez une malade, qui avait eu de la paralysie du membre supérieur, les mouvements revenaient au bout de quarante-huit heures, chez cette malade il n'y avait eu aucun phénomène d'infection, permettant de douter un seul instant, que l'ischémie ne fut seule en cause, et que le retour des mouvements était dû uniquement, à ce que le sang revenait aux centres nerveux par le côté opposé. Mais quelquefois l'anémie cérébrale peut persister, la circulation ne se rétablit pas, ou du moins ne se rétablit pas assez vite, et il se fait un ramollissement cérébral, comme je l'ai vu chez un malade qu'un chirurgien du bureau central était venu opérer dans mon service, et chez lequel pour remédier à une plaie de l'artère carotide, il avait été obligé de faire la ligature. Cette ligature fut suivie d'une hémiplégie immédiate, et le malade mourut trois jours après. A l'autopsie nous trouvâmes le ramollissement du lobe central correspondant à la ligature.

M. Picqué. — Il est évidemment difficile d'attribuer à des troubles d'ischémie, l'apparition des accidents. La malade n'ayant présenté aucun trouble visuel, il faudrait alors admettre une ischémie partielle ayant respecté le lobe occipital.

C'est pourquoi j'avais tenu à mettre en avant une origine infectieuse possible, et je remercie M. Berger d'avoir éloigné dans mon cas la possibilité d'une embolie septique.

M. Paul Reynier. — L'hypothèse d'une ischémie partielle et temporaire n'a rien qui puisse nous étonner. Il doit en effet exister des différences individuelles, dans la manière dont certains lobes sont plus ou moins bien irrigués, et ces différences individuelles expliquent aisément pourquoi la circulation se rétablit, et

l'hémiplégie disparaît, suivant les personnes, plus ou moins facilement.

Présentations de malades.

Ostéo-arthrites tuberculeuses traitées par la méthode sclérogène.

M. WALTHER. — J'ai l'honneur de présenter à la Société trois malades atteints de formes différentes d'ostéo-arthrite tuberculeuse et traités par la méthode de Lannelongue.

I. — *Homme de trente-six ans*, atteint, à l'âge de vingt et un ans, d'une tumeur blanche du genou droit pour laquelle M. Monod, lui fit, deux ans plus tard, une résection. Le résultat de cette résection est excellent, comme vous pouvez en juger.

En mars 1901, le malade entre dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, pour une ostéo-arthrite du pied gauche. L'astragale, le cuboïde, le scaphoïde sont pris. Fongosités abondantes. Abcès. L'état du pied était tel que je n'aurais pas hésité à faire l'amputation si je n'avais pas redouté une trop grande difficulté de la marche avec la résection du genou droit. Je tentai donc la conservation; je fis, à deux reprises, des injections de chlorure de zinc, puis une résection atypique (18 septembre 1901), un curage des portions détruites: j'enlevai ainsi tout l'astragale, une partie du cuboïde, du scaphoïde et du calcanéum. Au moment même de l'opération, une nouvelle série d'injections fut faite autour de la cavité d'évidement. J'eus la satisfaction de voir, en deux ou trois mois, les lésions se réparer, et tout était cicatrisé au mois de janvier 1902.

Au mois de décembre 1902 apparut sur la face dorsale du pied un petit abcès, qui guérit rapidement après une injection d'éther iodoformé.

Depuis, l'état local est resté bon; le pied est solidement ankylosé, en bonne position et le malade travaille, marche sans douleur et sans fatigue. L'état général s'est amélioré aussi en même temps que les lésions locales. Une induration, qui existait au sommet gauche, a complètement disparu.

Je vous présente ce malade parce que je crois intéressant de voir le très grand avantage qu'on peut retirer de l'emploi de la méthode sclérogène, dans des cas en apparence désespérés. Je n'ai pas besoin, en effet, d'insister ici sur les résultats trop sou-

vent insuffisants du simple grattage, de l'évidement partiel dans ces ostéites diffuses du tarse chez l'adulte. Les injections de chlorure de zinc créent autour du foyer tuberculeux une zone de défense, une véritable ostéite irritative qui limite les lésions, sépare pour ainsi dire le bon du mauvais et permet d'agir avec sûreté et succès.

Vous pouvez voir sur cette radiographie, qui a été faite hier par mon externe, M. Béclère, comment se sont réparées les lésions osseuses. Partout le tissu des os du tarse semble absolument normal, alors qu'au moment de l'intervention, la curette tranchait, évidait dans un tissu osseux ramolli, fongueux.

II. — *Jeune fille de dix-neuf ans.* — Arthrite fongueuse du genou gauche.

La malade est entrée à la Pitié le 3 novembre 1905, avec un genou raide, une synoviale épaisse, un peu d'épanchement; pas encore de fongosités appréciables; un point douloureux à la pointe de la rotule.

Le diagnostic n'étant pas encore certain, elle fut simplement soumise à l'immobilisation et à la compression.

L'épanchement restant peu abondant, mais ne se résorbant pas, le 20 novembre, ponction du genou. Liquide jaune, citrin, visqueux. A l'examen direct : leucocytes nombreux, couvrant toute la préparation.

Après centrifugation, 15 centimètres cubes de liquide donnent un culot de 1/2 centimètre contenant de nombreux leucocytes et quelques globules rouges. Après coloration à l'éosine orange, hématéine, polynucléaires : 47 p. 100, grands mononucléaires : 24 p. 100, lymphocytes : 29 p. 100; au bleu polychrome : polynucléaires : 43 p. 100; grands mononucléaires : 12 p. 100; lymphocytes : 45 p. 100. A l'examen direct, pas de bacilles. Les inoculations n'ont pu être faites.

Peu après, nous vîmes se développer des fongosités, la rotule, soulevée par une masse fongueuse, ne plus donner de choc à la pression.

La raideur du genou augmentait, était presque complète. La douleur était plus nette.

Je fis deux séries d'injections de chlorure de zinc à six semaines d'intervalle.

Aujourd'hui, vous pouvez voir que le genou est plus souple, la synoviale moins épaisse; il n'y a plus de fongosités appréciables; le choc rotulien a reparu. Le genou reprend peu à peu ses mouvements de flexion.

La malade marche depuis deux mois, sans douleur. Il ne lui

reste qu'une gêne tenant à l'atrophie du triceps, qui est combattue par une gymnastique régulière.

III. — *Jeune fille de quinze ans*, entrée le 21 mai 1906 à la Pitié, avec une tuberculose de l'astragale gauche et une synovite à grains riziformes de la gaine palmaire externe du poignet gauche. Le tout ayant débuté au mois d'octobre 1905.

Le *8 juin*, je lui ai extirpé la gaine du poignet, dont la paroi était très épaisse, avec des noyaux tuberculeux, et contenait des grains riziformes en grande quantité. Vous voyez qu'ici la guérison est complète, les mouvements du pouce faciles, presque normaux.

Je fis en même temps une série d'injections de chlorure de zinc tout autour de l'astragale. Aujourd'hui, la douleur a complètement disparu; il y a encore du gonflement, les lésions ne sont pas encore guéries, mais en état de grande amélioration, et je ne vous présente la malade que pour vous montrer les premiers résultats obtenus par une seule série d'injections.

Angiome caverneux profond de la face augmentant de volume au moment de la grossesse.

M. Mauclaire. — Voici une jeune femme de vingt-six ans, qui présente sous la région malaire gauche une tumeur pulsatile avec battements isochrones au pouls, réductible par la pression, présentant un souffle à l'auscultation et diminuant de volume avec la compression de la carotide primitive. En comprimant celle-ci, j'ai senti ce matin un bruit de thrill très net.

Je pense qu'il s'agit d'un angiome caverneux devenu très évident du fait de la grossesse qui est de cinq mois actuellement. Cet angiome est peut-être en voie de dégénérescence cirsoïde.

Au point de vue thérapeutique, je pense qu'il faut attendre que la grossesse soit terminée avant de traiter la tumeur car celle-ci pourrait bien alors rétrocéder quelque peu.

Kyste de l'ovaire chez une enfant de trois ans.

M. F. Legueu. — J'ai l'honneur de vous présenter une tumeur kystique que j'ai enlevée à une enfant de trois ans. Cette tumeur

abdominale dont on s'était aperçu depuis six mois environ était arrondie, du volume du poing et très mobile. De nombreux diagnostics avaient été portés sur cette tumeur, les uns en faisant une tumeur rénale, les autres une tumeur du mésentère. Cette tumeur était mobile et pouvait être portée dans tous les points de l'abdomen. Mais elle avait une localisation habituelle basse et résidait le plus souvent au-dessous de sa ligne médiane.

Cette situation, sa grande mobilité, l'intégrité absolue de la santé chez cette enfant me portèrent à penser qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. L'opération a confirmé mon diagnostic : kyste mucoïde de l'ovaire gauche sans torsion.

La prochaine séance de la Société aura lieu le **mercredi 10 octobre**.

Le Secrétaire annuel,

P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette



SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Une lettre de M. HARTMANN, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

2°. — Un livre de M. ALBIN LAMBOTTE, intitulé : *L'intervention opératoire dans les fractures.*

3°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. LEJARS dépose sur le bureau de la Société une observation *d'anévrisme artério-veineux des vaisseaux tibiaux antérieurs* par M. DANIEL J. CRANWELL (de Buenos-Aires. — Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. LEJARS est nommé rapporteur.

M. TUFFIER apporte un mémoire de M. DONNET (de Limoges), intitulé : *Hypospadias péno-scrotal. Opération à lambeau préputial.* — Travail renvoyé à une Commission dont M. TUFFIER est nommé rapporteur.

Rapports.

Trois cas d'occlusion intestinale chez l'enfant,
par M. SCZCYPIORSKI (de Mont-Saint-Martin).

Rapport par M. LEJARS.

Notre confrère, M. le Dr Sczcypiorski (de Mont-Saint-Martin), qui nous a déjà communiqué plusieurs fois des cas intéressants

de sa pratique, nous envoyait, il y a trois mois, six notes nouvelles, dont trois se rapportent à l'occlusion intestinale et demandent à être groupées.

De ces trois faits d'iléus, tous trois opérés et guéris par l'opération, et qui, tous trois, ont été observés chez de jeunes enfants, deux ont trait à l'invagination, le dernier à la tuberculose intestinale. Nous insistons moins sur les deux exemples d'invagination et nous nous attacherons surtout à discuter la troisième observation, plus rare et de particularités assez curieuses.

M. Sczcypiorski a pratiqué la laparotomie et la désinvagination chez ses deux premiers malades, mais à une date très différente du début des accidents. L'un des enfants était un garçon de quatre mois, qui, dix heures avant, avait commencé à vomir; on sentait à l'examen du ventre « une tuméfaction à droite et un peu au-dessous de l'ombilic, tuméfaction assez mobile, circonscrite, de la grosseur d'un œuf de poule, dont la pression arrachait des cris à l'enfant ». Le diagnostic s'imposait : sans tarder, notre confrère intervint par une laparotomie latérale « au niveau de la tuméfaction »; il tomba immédiatement sur une invagination iléo-colique, qu'il réduisit par expression douce, non sans quelque difficulté, mais sans accident; la portion invaginée mesurait de 20 à 25 centimètres. Il referma le ventre, et la guérison fut parfaite. — Dans l'autre fait, il s'agissait d'un enfant de cinq ans, et les accidents, cette fois, remontaient à douze jours : cette longue durée était bien de nature à faire prévoir des lésions graves de l'intestin, et, tout au moins, la nécessité de la résection; or, il en fut tout autrement : on trouva une invagination de la dernière partie de l'iléon, du cæcum, du côlon ascendant dans le côlon transverse, et la désinvagination par expression fut, dans ce cas, « on ne peut plus facile. L'iléon n'avait pas souffert; seul, le cæcum était infiltré et tuméfié et son mésentère rempli de petits ganglions congestionnés ». La réduction faite, notre confrère fixa le cæcum, par des points de catgut, au péritoine pariétal. Ici encore, l'enfant guérit très bien.

Il convient, je pense, de signaler cet exemple de désinvagination, très facile, au bout de douze jours, mais, bien entendu, l'existence de pareils faits ne saurait influencer le moins du monde nos déterminations opératoires, et l'urgence de l'intervention reste indiscutable. L'expérience nous montre, en effet, que, si la désinvagination est le procédé de choix, le meilleur, le plus simple, elle devient dans la pratique courante, et précisément par le fait des atermoiements et des retards, trop souvent irréalisable : on ne peut plus réduire, il faut réséquer dans des conditions d'ordinaire mauvaises, et le résultat est, lui aussi, mauvais.

A plusieurs reprises, nous nous sommes trouvé, chez l'adulte, à pareille épreuve; dans un dernier cas, qui remonte à quatre mois, nous avions affaire à un homme jeune, vigoureux, qui était au septième jour des accidents et dans une situation des plus précaires, à pouls très petit et très fréquent, pâleur livide, vomissements et régurgitations fétides presque continues, ventre très ballonné dans lequel on délimitait assez mal à droite, une sorte de tuméfaction allongée. J'opérai, je fis la laparotomie : je trouvai une longue invagination iléo-colique, qui, par expression, se laissa déplisser sur une longueur de 12 centimètres environ, mais la réduction s'arrêta là, laissant un segment invaginé de 15 centimètres au moins, infiltré, violacé et dur; il fallut pratiquer la résection iléo-colique, suivie de la fermeture des deux bouts et de l'anastomose latérale. Le malade se réveilla, passa une journée calme, tout en gardant son pouls presque imperceptible; il s'éteignit le lendemain. L'intervention avait été trop tardive : il était trop intoxiqué.

On pourrait dire que l'indication essentielle, dans l'invagination, c'est d'opérer à temps pour pouvoir désinvaginer aisément et sans dommage, et, en pratique, cela revient à dire qu'il faut opérer tout de suite. Telle a été la conduite de M. Sczcypiorski, et la raison de son succès.

J'arrive à la troisième observation, dans laquelle les phénomènes cliniques firent penser d'abord à l'invagination, mais qui se rapporte, en réalité, à une lésion tout autre. Une enfant de six ans, « délicate et sujette aux rhumes », fait une chute de son lit, commence à se plaindre du ventre et bientôt vomit. Les accidents s'aggravent : le lendemain, le pouls est rapide, la température à 38 degrés, la figure défaite; il y a arrêt des selles et des gaz. A l'examen, on trouve le ventre peu ballonné, et, à droite de l'ombilic, une tumeur grosse comme un œuf de poule, molle, peu sensible à la pression. On fait la laparotomie sur le bord externe du droit, et au lieu de l'invagination présumée, on découvre la dernière portion de l'iléon tuméfiée en fuseau sur une longueur de 6 centimètres, foncée, non adhérente, et « donnant la sensation d'un corps plein »; deux gros ganglions mésentériques sont remarqués dans le voisinage. Dès lors, M. Sczcypiorski songe à la tuberculose : il extériorise l'anse malade, et l'incise sur son bord libre; elle est vide, et sa muqueuse infiltrée de granulations tuberculeuses, mais il n'y a pas de rétrécissement, pas de tuméfaction en relief, pas d'agent d'obstruction. Notre confrère frotte cette muqueuse infiltrée de tuberculose avec une compresse trempée dans l'eau oxygénée et la laisse à l'air pendant quelques minutes; puis il referme purement et simplement l'anse intestinale

à trois plans de suture à la paroi abdominale. Le même jour, l'enfant eut des gaz et une selle, les vomissements avaient cessé; pendant trois jours encore, l'état général resta inquiétant et la température à 38°5 ou 39 degrés, puis tout rentra dans l'ordre et la guérison fut obtenue. Sera-t-elle complète, et, avec le temps, la tuberculose intestinale en viendra-t-elle à rétrocéder, l'avenir seul le dira, et montrera si la « mise à l'air » de la muqueuse malade, réalisée par notre confrère, a été de quelque efficacité. Nous savons, d'ailleurs, par un certain nombre de faits bien authentiques, qu'à la suite de la simple laparotomie exploratrice, certaines tuberculoses de l'intestin ont pu s'amender notablement, et, en particulier les accidents de sténose s'atténuer et disparaître, et MM. Bérard et Leriche (1) insistaient, en 1904, sur ces éventualités curieuses.

Quant à l'incision de l'intestin et à la mise à l'air de la muqueuse, telles que les a pratiquées M. Sczcypiorski, nous ne sachons point qu'elles aient été encore tentées; du reste, il est permis de se demander pourquoi la résection n'a pas eu lieu, dans une tuberculose aussi bien limitée, mais l'état malingre de la petite malade et son peu de résistance ont paru sans doute contre-indiquer une intervention qui eût été plus radicale, mais aussi plus dangereuse. D'autre part, il semble bien établi que les accidents, dans le cas actuel, relevaient de l'iléus par contracture de la pseudo-occlusion spasmodique, qui n'est pas rare dans la tuberculose intestinale : l'anse était en fuseau, dure, et paraissait pleine; une fois incisée, elle était vide, et aucun relief saillant, aucune bride, aucun agent d'obstruction ne l'occupait; le soir même de l'opération, sans qu'on eût fait autre chose que d'ouvrir et de refermer l'intestin, et d'en frotter la muqueuse, l'arrêt stercoral disparaissait, il y avait des gaz et une selle. Nous retrouvons là tous les caractères de ces iléus d'origine musculaire, paralytiques ou spasmodiques, aujourd'hui bien connus, et la contracture de l'anse tuberculeuse commandait les accidents.

M. Kirmisson. — Je pense que nous devons vivement féliciter M. Sczcypiorski de la conduite qu'il a tenue dans son premier cas d'invagination, et qui, par une prompte intervention, lui a permis d'obtenir un heureux succès. Cette conduite doit être la règle, et si j'insiste sur ce point, c'est que nous, chirurgiens d'enfants, nous avons chaque jour l'occasion de constater combien cette règle est encore loin d'être admise par la majorité des praticiens.

(1) Bérard et Leriche. Des sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle chez l'enfant. *Revue de chirurgie*, 1904, t. II, p. 165 et 400.

On méconnaît l'invagination intestinale des jeunes enfants, ou, si on l'a diagnostiquée, on perd son temps à faire des applications de remèdes inutiles, et quand on amène les petits malades, trois, quatre ou cinq jours après le début des accidents, il est trop tard pour que l'opération ait chance de succès. En Angleterre, il en va tout autrement, et nous ne pouvons pas ouvrir un recueil de chirurgie anglaise sans y trouver la relation d'un fait d'invagination intestinale opéré avec succès chez un nourrisson. On a dit que l'invagination était beaucoup plus fréquente en Angleterre; on a invoqué, pour expliquer cette fréquence, des considérations de race et d'alimentation. Pour ma part, je ne suis nullement persuadé de la réalité de ces explications; l'invagination est simplement beaucoup mieux connue en Angleterre qu'en France. Elle est diagnostiquée et opérée dès les premières heures; de là, la fréquence des succès. Il n'est pas douteux qu'il en sera de même en France quand le même mode de traitement sera appliqué. Et, en vérité, le diagnostic n'est pas difficile. La considération d'âge prime tout le reste. On peut poser comme règle générale que, quand un nourrisson présente de l'occlusion intestinale, il y a quatre-vingt-dix-neuf chances sur cent qu'il s'agisse d'une invagination, et cette notion suffit à guider le traitement.

Le second cas d'invagination de M. Sczcypiorski prête aussi à une remarque intéressante. Notre confrère a été frappé de ce que, bien qu'il soit intervenu longtemps après le début des accidents, il ait pu cependant sans difficulté réussir la désinvagination. Chez les jeunes enfants, en effet, comme chez les adultes, il existe une forme d'invagination subaiguë. Quand on intervient, on ne trouve ni péritonite généralisée, ni péritonite locale; on peut, sans rompre les tuniques de l'intestin, faire la désinvagination. Mais alors on est menacé d'une autre complication, la septicémie intestinale. Les matières septiques accumulées en grande abondance au-dessus de l'obstacle sont résorbées, la température s'élève à 40° ou 41°, et les petits malades succombent très rapidement avant toute diffusion de l'inflammation au péritoine. De sorte que, même dans cette forme, moins grave en apparence, l'intervention hâtive s'impose, si l'on veut avoir chance de succès.

M. Broca. — Je crois inutile, après ce que vient de dire M. Kirmisson pour répandre au dehors le plus possible ce que nous devons tous savoir sur l'invagination intestinale, d'insister sur la nécessité d'un diagnostic précoce — et assez facile, — sur le lien étroit entre la précocité de l'intervention et le résultat thérapeutique : je n'ai vu guérir que les enfants opérés dans les premières

heures, les autres ont tous succombé. Je parle ici, bien entendu, de l'invagination aiguë.

Mon but est surtout de confirmer par un fait une opinion émise par M. Kirmisson, à titre d'hypothèse. Le jour où j'ai repris mon service, retour de vacances, j'ai trouvé un enfant de quelques mois auquel mon assistant Mouchet avait opéré la veille une invagination à la sixième heure : l'enfant avait 41 degrés, sans signes de péritonite, et, en fait, il a guéri, mais après avoir eu le lendemain, et pendant trois ou quatre jours ensuite, des accidents graves de diarrhée verte avec température au-dessus de 40 degrés. Il n'y a eu aucune complication suppurative du reste de la plaie, et on ne peut songer, pour expliquer la fièvre, qu'à un lien avec la diarrhée verte, sans savoir d'ailleurs si un certain degré d'entérite préalable n'est pas, par spasme, une cause possible de cette invagination.

Un des cas rapportés par Lejars a été opéré au douzième jour, et il concerne un enfant assez âgé, de cinq ans et demi, âge auquel l'invagination aiguë est relativement rare; c'est une lésion qui n'est réellement fréquente que chez le nourrisson au-dessous d'un an.

J'ai opéré il y a quelque temps — j'en ai publié l'observation avec Moizard à la Société de pédiatrie — un cas d'invagination chronique chez un garçon d'une dizaine d'années. Quoique les accidents eussent plusieurs semaines de date, la désinvagination se fit assez facilement, mais alors j'eus sous les yeux, du cæcum à l'S iliaque, un intestin flasque, qui me parut destiné à laisser stagner toutes les matières septiques du bout supérieur, et c'est le motif pour lequel je fis la résection de presque tout le gros intestin, avec anastomose latéro-latérale de l'iléon distendu à l'origine de l'S iliaque. L'enfant a guéri sans aucun phénomène de septicémie intestinale.

M. Témoin. — Une jeune femme, G... (Marthe), âgée de vingt-trois ans, demeurant à Coullons (Loiret), n'avait eu dans son enfance d'autre maladie qu'une constipation habituelle et tenace (la malade pouvait rester jusqu'à quinze jours sans aller à la selle). Elle eut un enfant, il y a trois mois, à la suite d'un accouchement normal. Six semaines après, ayant eu toujours des douleurs de reins depuis, elle est prise brusquement, le samedi 4 août, dans la nuit, de coliques violentes et de douleurs dans la région lombaire, sans vomissements ni diarrhée. A la palpation, on constate dans l'hypocondre gauche la présence d'une tumeur mal limitée, ou plutôt d'un empâtement. L'examen est rendu difficile par une défense exagérée de la paroi et le nervosisme parti-

culier de la malade. Mon confrère, le Dr Merlin, de Coullons, prescrit des lavements qui amènent l'évacuation de quelques cybales. Malgré l'extrait thébaïque, les douleurs persistent, et la malade, pour les calmer, prend une position singulière qu'elle ne veut pas quitter : accroupie sur son lit, elle a la tête au niveau des pieds et comprime son ventre. Peu après, des vomissements surviennent, mais ils ne durent pas; ils s'accompagnent d'une sensation de brûlure au creux épigastrique. Le pouls reste très bon, l'état général est excellent, le facies n'est pas péritonéal, le teint est coloré, la langue normale. Le 10 août, l'état reste le même et le Dr Merlin appelle en consultation le Dr Joly (d'Argent). Aucun diagnostic ne peut être formulé; on prescrit des lavements laudanisés; l'amélioration se produit; elle s'accentue rapidement. Le 17 août, la malade se lève, elle peut vaquer à ses occupations, les selles sont normales.

Le 28 août, la malade est reprise de nouveau des mêmes douleurs, douleurs lombaires atroces qui lui font pousser des cris impressionnants. Le 31, nouvelle accalmie. La malade ne ressent plus rien; son état général reste excellent. On croit tout terminé. La malade avait maigri.

Le 7 septembre, nouvelle rechute, avec le même cortège. Même traitement, mais aucun soulagement n'est obtenu, et, cette fois, l'état général change. La malade s'affaiblit; elle va à la selle; elle pousse des cris jour et nuit. En raison de la situation de la tumeur, qui a augmenté, qui semble partir de l'angle du côlon, mes confrères Joly et Merlin pensent à quelque tuméfaction du rein gauche. Je suis appelé le 11 septembre : la malade présente l'aspect d'une infectée à la période cachectique; maigre, pâle, avec les pommettes rouges. Les yeux brillants, la langue sale, le pouls à 120 et la températuré à 38°5, elle se plaint de souffrir atrocement du ventre. Ce dernier est tendu, surtout à gauche, très douloureux à la pression; je constate, dans la fosse iliaque gauche, faisant saillie au-dessus de l'arcade crurale, la présence d'une volumineuse tumeur mate, résistante, qui remonte jusque dans la région des fausses côtes. Au toucher, cette tumeur fait saillie dans le cul-de-sac gauche; elle semble nettement fluctuante; le doigt détermine des douleurs vives en la comprimant. Par le toucher rectal, je ne perçois rien de précis. Je pense à une salpingite purulente et je propose l'opération.

Deux jours après, la malade m'est amenée à Bourges; je l'opère le 15 septembre. En trois jours, son état a empiré de telle sorte que je me demande si l'opération sera possible. La malade a vomi, son ventre s'est ballonné, le pouls est à 120, petit, le facies est terreux.

En ouvrant l'abdomen, je m'aperçois que la tumeur est constituée par le côlon distendu à l'extrême, tuméfié, dur, éclaté par places, et je me demande un instant devant quelle affection je me trouve. Suivant avec la main la tuméfaction, je vois qu'elle s'étend jusqu'au milieu du côlon transverse et qu'elle s'arrête là brusquement. Je suis en présence d'une invagination. Je prolonge alors mon incision pour bien voir l'étendue et la gravité des lésions. Je constate que l'intestin enveloppant distendu à l'extrême, sphacélé par places, a éclaté dans plusieurs endroits. L'iléon pénètre dans l'invagination au niveau du foie. Il ne me reste qu'à refermer le ventre et la malade sera morte le soir, ou à tenter l'ablation de tout le gros intestin jusqu'à l'ampoule rectale. C'est ce que je fais. Ce fut très facile. L'hémostase fut simple, la suture du méso se fit facilement. J'obturai l'S iliaque et j'anastomosai latéralement le bout de l'iléon. Tout se termina favorablement.

Pendant toute l'opération, le pouls était à peine perceptible. Il se remonta dans la journée ; le soir, la malade se sentait bien ; elle n'eut pas de vomissement, pas de douleurs. Le pouls était facile à compter le soir. J'espérais un peu, tout en redoutant les accidents d'intoxication produits par le sphacèle de l'intestin. Le lendemain matin, elle n'était pas mal. Elle rendit un gaz ou deux par le rectum, mais, dans la journée, le pouls s'accéléra. Elle mourut trente heures après l'opération.

Le cas me semble intéressant. Etait-il possible de faire un diagnostic? Je ne le pense pas, et, si j'ai un regret, c'est d'avoir opéré trop tardivement, car je suis convaincu qu'on aurait peut-être pu désinvaginer l'intestin, et si la résection eût été nécessaire, je l'aurais faite dans des conditions favorables.

La pièce que je vous présente est la portion réséquée de l'intestin. Le cæcum a pu s'invaginer au point de toucher l'ampoule rectale. La longueur de la portion invaginée a 70 centimètres. La résection porte donc sur $1^{m}40$ de gros intestin et 70 centimètres d'iléon.

M. Pierre Delbet. — J'ai observé un cas qui présente quelques analogies avec celui dont vient de nous entretenir mon ami Témoin et qui montre que certaines formes d'invagination intestinale peuvent donner lieu à d'extrêmes difficultés de diagnostic.

Il s'agissait d'un jeune garçon de dix-sept à dix-huit ans, qui me fut envoyé à l'hospice de Bicêtre pour des crises de douleurs abdominales qui survenaient à des intervalles variables. Le jeune homme était pris brusquement de douleurs terribles qui duraient tantôt quelques minutes, tantôt quelques heures. Puis tout rentrait dans l'ordre jusqu'à une autre crise. L'intervalle qui séparait

les accès était extrêmement variable. Elles revenaient parfois plusieurs jours de suite, mais souvent s'espaçaient de plus d'une semaine. Ces crises douloureuses constituaient toute la symptomatologie. A aucun moment, ni avant l'entrée du malade à l'hôpital, ni pendant le long temps que je l'observai, il n'y eut de selles sanglantes.

L'examen ne me révéla rien d'anormal dans l'abdomen, mais je découvris une petite hernie ombilicale. Il était tout naturel d'attribuer les douleurs à des pincements de l'intestin ou de l'épiploon ; aussi fis-je la cure de cette hernie.

Pendant quelques jours, tout alla fort bien, sans doute à cause de la diète, mais bientôt les crises reparurent avec les mêmes caractères. Il devint évident que la hernie n'en était pas cause.

Je refis un nouvel examen et constatai la présence d'une pointe de hernie inguinale. Appliquant le même raisonnement, je fis la cure de cette hernie. Après cette seconde opération, les choses se passèrent comme après la première : cessation momentanée, puis retour des douleurs sans modification de caractères.

Bien qu'il n'y eût ni phénomène d'obstruction, ni hémorragie, l'enfant maigrissait. C'est alors que pour la première fois j'assistai par hasard à une crise qui survint au moment de la visite. Je fus effrayé de l'intensité des douleurs, et je me décidai, bien que n'ayant pas de diagnostic, à ouvrir le ventre largement.

La laparotomie faite, je constatai qu'il s'agissait d'une invagination du gros intestin. Le boudin était situé très haut, sous le foie, ce qui explique qu'il échappait complètement à la palpation. Il était beaucoup moins long que celui dont Témoin vient de nous parler; il mesurait une dizaine de centimètres environ, mais l'ayant constaté, je n'en étais pas moins assez préoccupé, car l'ancienneté des accidents me faisait craindre qu'il y eût des adhérences, une fusion en quelque sorte des deux cylindres invaginant et invaginé.

Mon étonnement fut extrême quand je vis que la dévagination, le redressement de l'intestin se faisait avec la plus extrême facilité et qu'il n'y avait aucune altération, pas même le plus léger dépoli des surfaces péritonéales.

Il me parut évident que la position vicieuse de l'intestin ne durait pas depuis des mois, qu'après chaque crise le côlon et le cæcum se redressaient complètement ou partiellement et qu'il s'agissait en somme d'une véritable *invagination intermittente*.

S'il en était ainsi, la réduction que je venais de faire ne pouvait guérir le malade; il fallait empêcher l'invagination de se reproduire.

Pour cela j'eus recours à un artifice très simple. Il a été décrit

dans la thèse d'un interne dont le nom m'échappe en ce moment.

Par une série de points de suture transversaux placés les uns au-dessus des autres, je fis sur une partie du cæcum et du côlon ascendant un pli vertical. Comme l'intestin était dilaté, je pus faire ce pli fort épais. Il formait une sorte de colonne verticale résistante qui s'opposait à toute nouvelle invagination.

Le résultat fut excellent. J'ai suivi le malade pendant assez longtemps; il n'a présenté aucun accident.

C'est le seul cas d'invagination que j'aie observé sur l'homme. Mais j'en ai observé sur des chiens, à l'époque où je faisais beaucoup de recherches expérimentales sur le péritoine. C'étaient des invaginations de l'intestin grêle. J'ai constaté que bien souvent, alors qu'il était absolument impossible de réduire l'invagination en faisant des tractions sur le bout invaginé, on y réussissait en exerçant des pressions progressives sur le cylindre invaginant juste au-dessous du boudin. Cette *dévagination par expression* était même extrêmement facile.

M. Broca. — Il est certain, et c'est un point affirmé par tous les chirurgiens d'enfants, que le seul bon procédé, en pratique, pour désinvaginer, est l'expression de bas en haut.

La crainte d'une récidive d'invagination n'est pas chimérique. Le fait est, je crois, signalé par les auteurs anglais. Je vous rappellerai que j'ai publié ici, il y a quelques années, l'histoire d'une enfant que j'ai guérie par laparotomie précoce et qui, plusieurs mois après, a succombé à une opération pratiquée par Brun, pour récidive, l'enfant ayant, cette fois, été apportée trop tard à l'hôpital.

M. Pierre Delbet. — Je veux seulement ajouter que j'ai parlé de cette dévagination par expression à la Société anatomique, il y a, je crois, une quinzaine d'années, et qu'à cette époque je n'avais rien trouvé de bien explicite sur la question.

Rupture complète de l'urètre postérieur; *disjonction de la symphyse pubienne*; *fracture par enfoncement du thorax dans la région mammaire gauche*; *cathétérisme rétrograde*; *suture métallique des côtes*; *guérison*,

par M. Sczcypiorski (de Mont-Saint-Martin).

Rapport par M. LEJARS.

C'est un nouvel exemple de grand traumatisme que M. Sczcypiorski nous communique ici, de grand traumatisme à lésions

multiples et qui, grâce à une série d'interventions réparatrices, aboutit à une guérison complète. Le blessé, un garçon de douze ans, avait été pris sous les roues d'un wagonnet en marche : il avait un décollement de la peau hypogastrique et une disjonction considérable des pubis, — une rupture de l'urètre postérieur avec plaie périnéale, — un enfoncement de la moitié gauche du thorax, dans la région mammaire, au niveau des 3e, 4e et 5e côtes.

M. Sczcypiorski s'occupa tout de suite de l'urètre ; par le périnée débridé, il ne put trouver le bout postérieur, et, séance tenante, il faisait la cystotomie hypogastrique et pratiquait le cathétérisme rétrograde ; la vessie était ensuite refermée, et, sur la sonde ainsi introduite, les deux bouts urétraux étaient rapprochés et réunis. La nuit suivante, le blessé arrachait sa sonde ; et, le lendemain matin, il fallait tout recommencer, rouvrir le périnée, faire sauter les sutures de l'urètre ; cette fois, le bout postérieur était très accessible, la sonde fut remise en place, et le tout réparé de nouveau. A la suite de ces complications, la cicatrisation locale manqua ; on laissa la région se déterger, les parties sphacélées s'éliminer, et, au bout d'un mois, on se livrait à une nouvelle restauration de l'urètre périnéal ; les deux bouts, très écartés, étaient réunis par cinq points de catgut, et une sonde à demeure maintenue dans le canal. Après un léger suintement d'urine au périnée, qui dura peu, la guérison fut obtenue, et, au bout de deux mois, le fonctionnement de la vessie et de l'urètre était normal.

Le résultat final de ces opérations urétro-périnéales fut donc très heureux ; mais je voudrais appeler surtout votre attention sur une autre intervention, beaucoup plus rare, à laquelle notre confrère s'est livré, pour remédier à l'enfoncement du thorax. Nous avons dit que cet enfoncement siégeait à la hauteur du sein gauche et correspondait aux 3e, 4e et 5e côtes fracturées ; il s'agissait d'un enfant de douze ans, et M. Sczcypiorski crut bon de rétablir les conditions normales de l'amplitude respiratoire, en relevant et suturant les côtes déprimées. Huit jours après l'accident, il découvrait ces trois côtes par une incision en U, les relevait, les réduisait, passait un fil d'argent dans les deux bouts des 3e et 4e, et les réunissait ; la 5e côte, une fois réduite, se maintenait sans réunion. Par-dessus, le périoste était suturé au catgut, et le volet cutané rabattu. La guérison opératoire eut lieu sans incident, et une radiographie du thorax, datant du 2 octobre, montre que les côtes sont parfaitement soudées et que la cage thoracique a repris et conserve sa forme et son amplitude normales.

Les faits opératoires de ce genre sont très rares, et s'il est arrivé

qu'on soit intervenu pour soulever et réduire de vastes enfoncements de la paroi costale, créant des accidents pulmonaires graves, l'indication d'opérer pour une dépression partielle, sans gravité immédiate, et dans le but de restaurer le thorax et de lui rendre toute son amplitude, cette indication paraît avoir été rarement discutée. Pour ma part, je ne suis intervenu qu'une seule fois pour une fracture de côtes, et j'enlevai le fragment de côte détaché : c'était chez un homme d'une cinquantaine d'années, obèse, qui était entré dans le service de mon collègue M. le Dr P. Le Gendre, pour des accidents de congestion pulmonaire; il racontait avoir reçu, à quelques semaines de là, un coup dans le haut du thorax, à gauche, mais les renseignements étaient fort peu précis ; toutefois, on remarquait au-dessous de la clavicule gauche une zone tuméfiée, donnant une légère crépitation gazeuse, et fort douloureuse à la pression ; on pensa à la possibilité d'une fracture de côte, j'incisai à ce niveau et je découvris, en effet, la seconde côte brisée en deux points, et le fragment intermédiaire dévié et enfoncé par son extrémité interne ; j'en fis l'extraction. Il y a donc quelques types de fractures costales qui peuvent nécessiter l'acte opératoire, et sous diverses formes ; le fait intéressant de M. Sczcypiorski montre qu'il y a lieu, sans doute, de pousser un peu plus loin qu'on ne l'a fait jusqu'ici, dans les cas de ce genre, la chirurgie réparatrice de la paroi thoracique.

Communication.

Un cas de méningite otitique suppurée de la fosse cérébelleuse. Artéro-antrotomie. Guérison, par M. Lapointe. — M. Legueu, rapporteur.

Présentations de malades.

Sarcome de l'omoplate gauche; ablation totale de l'omoplate; état et fonctionnement satisfaisants du membre supérieur.

M. Lejars. — Cette jeune fille de vingt-quatre ans m'avait été envoyée à l'hôpital Saint-Antoine, le 6 juillet dernier, pour une tumeur très volumineuse et très étendue de l'omoplate gauche. La tumeur datait de trois ans; elle s'était accrue assez lentement, d'abord, plus vite dans le cours des derniers mois; elle provoquait des douleurs de plus en plus vives dans l'épaule, le bras, le

cou, et la malade, très pâle, avait notablement maigri. A plusieurs reprises, elle avait consulté des chirurgiens, et tout dernièrement encore; on lui avait toujours présenté le sacrifice de son bras comme inévitable, et toujours elle s'y était refusée.

Le néoplasme occupait toute la hauteur de l'omoplate et dessinait, en arrière, une voussure épaisse, à peine déprimée à la hauteur de l'épine; à la partie supérieure, il recouvrait l'acromion et se prolongeait au-dessus de la tête humérale, d'ailleurs libre et mobile; en dessous, sur la paroi postérieure de l'aisselle, il faisait également relief. Les résultats de l'examen m'avaient aussi convaincu que l'opération la plus rationnelle était l'amputation interscapulo-thoracique; je la proposai à mon tour, je fis tous mes efforts pour obtenir le consentement de la malade, mais je rencontrai une résistance absolue, et finalement je me décidai à pratiquer l'ablation de l'omoplate seule, comme une sorte de pis-aller, car le volume et l'extension du néoplasme devaient rendre l'extirpation fort malaisée et nécessiter de tels délabrements régionaux que l' « avenir » du bras conservé restait très douteux.

Je fis l'opération le 9 juillet : je pratiquai d'abord une incision courbe, antéro-postérieure, sous-axillaire, qui me permit, en relevant le lambeau, de découvrir le devant de l'omoplate, le relief antérieur du sarcome, et, peu à peu, d'isoler et de détacher les vaisseaux axillaires, refoulés et adhérents : ce temps ne fut pas sans difficulté, mais s'acheva pourtant sans autre incident que la rupture d'une grosse collatérale tout près du tronc de l'artère ; elle fut pincée et liée. Ceci fait, l'incision fut prolongée, en arrière, le long du bord spinal de l'omoplate, et toute la face postérieure de la tumeur progressivement dénudée : le bras fut alors porté en abduction forte, le plexus vasculo-nerveux rétracté en haut et en dedans, et l'articulation scapulo-humérale ouverte; puis, en faisant basculer l'omoplate de haut en bas et de dedans en dehors, la libération de l'acromion fut terminée, la clavicule sectionnée dans son tiers externe (elle était aussi entourée à ce niveau par le pôle supérieur du néoplasme), et l'extraction totale achevée. Il restait une vaste cavité, et le membre supérieur, flottant, n'était plus retenu au tronc que par la peau et quelques faisceaux musculo-fibreux, mais le paquet vasculo-nerveux était intact. Je rapprochai les parties molles par un surjet de catgut, et la peau fut suturée, après avoir laissé deux drains dans le foyer : le bras fut alors immobilisé dans un vaste pansement.

La première journée se passa sans incident, bien que l'opérée fût très pâle et le pouls des plus précaires; 3 litres de sérum artificiel furent injectés. Peu à peu, l'état général se remonta; les drains furent enlevés successivement, et la cicatrisation exigea un

mois pour se compléter. L'appétit avait repris, la mine devint meilleure, toute souffrance avait disparu.

Aujourd'hui, trois mois après l'opération, l'aspect est excellent, la jeune fille a notablement engraissé, la cicatrisation est très bonne; mais ce qui me frappe surtout, c'est la tenue et le fonctionnement du membre supérieur. Sans doute, le bras est tombant, il n'a que de minimes mouvements d'abduction, d'anté et de rétropulsion, mais l'avant-bras et la main sont absolument normaux. Il n'y a ni œdème, ni engourdissement, ni douleurs; l'opérée se sert activement de son membre supérieur; elle s'habille, elle travaille un peu, et j'ai eu l'heureuse surprise de constater que ce membre, que j'avais conservé malgré moi, que je croyais destiné uniquement à « faire figure », et peut-être mauvaise figure, était redevenu très utile et fonctionnait, en somme, de façon satisfaisante. Que sera l'avenir? Nous n'en savons rien, naturellement; mais j'ajoute ici que l'examen histologique de la tumeur, pratiqué par mon chef de laboratoire, M. le Dr Vitry, a révélé du sarcome fuso et globo-cellulaire.

Tuberculose de la gaine des fléchisseurs et de l'articulation du poignet justiciable de l'amputation. Traitement par la méthode de Bier. Guérison avec conservation des mouvements.

M. Chaput. — Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, journalier, qui, le 10 mai 1906, en serrant une presse, éprouva une vive douleur dans la région du poignet; quelques heures après, il constatait un peu de tuméfaction au niveau du poignet et au dos de la main.

Il fut d'abord soigné par les massages, mais sans succès; il entra à Lariboisière le 10 juin.

A l'*entrée* on constate une tuméfaction considérable au niveau du poignet et de la main, à la face dorsale.

A la face palmaire il existe un épaississement considérable au niveau de la paume, et des éminences thénar et hypothénar.

Les mouvements spontanés et provoqués des doigts sont limités et douloureux.

Les mouvements du poignet sont conservés mais douloureux.

Pas de fongosités ni de collection liquide au niveau des articulations du poignet.

L'état général est assez bon, les poumons sont sains.

Il existe des ganglions épitrochléens tuméfiés.

Le malade est soumis à la méthode de Bier, d'abord deux fois par jour, par périodes de deux à trois heures.

L'état local s'aggrave et l'articulation du poignet se prend nettement, au bout de quelques semaines. L'amputation fut décidée pour le 12 juillet, mais elle n'eût pas lieu.

Quelques jours après, on reprend la méthode de Bier avec application pendant toute la nuit. L'amélioration se produit rapidement. En août le malade quitte l'hôpital et à partir de ce moment garde sa bande nuit et jour.

Il revient le 4 octobre en très bon état. La tuméfaction de la main et du poignet a disparu et les mouvements sont aussi étendus que du côté sain et non douloureux.

Je prescris l'emploi de la bande de Bier pendant un mois encore pour consolider la guérison, qui paraît dès maintenant complète.

Extraction avec le crochet œsophagien d'un sou ayant séjourné trois mois dans l'œsophage d'un enfant de 3 ans.

M. E. Kirmisson. — Je dois m'excuser tout d'abord de revenir encore une fois sur l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. Mais je tiens à vous présenter un petit garçon de 3 ans chez lequel j'ai pu récemment enlever, à l'aide de mon crochet œsophagien, un sou qui séjournait dans l'œsophage depuis trois mois environ. A cette époque, l'enfant jouait avec des sous; on remarqua qu'une des pièces avait disparu, et l'enfant dit l'avoir avalée. Cependant il n'y eut tout d'abord aucune gêne de la déglutition. C'est seulement peu à peu, et à la longue, que la gêne de la déglutition se fit remarquer, pour les solides d'abord, puis, huit jours avant l'entrée du petit malade à l'hôpital, pour les liquides. Chaque gorgée de liquide avalée était immédiatement rendue par régurgitation. En outre, l'amaigrissement fait de rapides progrès.

Le dimanche matin, 30 septembre, l'enfant est amené aux Enfants-Malades, je suis immédiatement frappé de la raucité de la voix et de son expression de souffrance. Aussi, en présence des commémoratifs fournis par les parents, j'endors l'enfant et j'introduis le crochet œsophagien. Celui-ci accroche un obstacle; mais, en l'absence de renseignements certains, je n'ose pas faire de tractions, je dégage l'instrument, et celui-ci revient à vide.

Le lendemain matin, 1er octobre, je fais faire la radiographie, qui démontre la présence du sou au lieu d'élection, c'est-à-dire à la base du cou. Certain cette fois de la présence du corps étranger, j'introduis sur-le-champ le crochet œsophagien, sans avoir recours à la chloroformisation; une première fois l'instrument dérape; mais, dans une seconde introduction, le crochet est dirigé autant

que possible vers la paroi de l'œsophage, et, en forçant l'extension de la tête et du cou, on ramène le sou qui était fortement enclavé; il s'écoule un peu de mucosité légèrement teintée de sang.

Les suites de cette intervention ont été d'une bénignité absolue. Dès le jour même, l'enfant a bu du lait avec la plus grande facilité. Sa feuille de température vous montre qu'il n'y a pas eu la moindre réaction thermique. Enfin je vous présente le petit malade en parfaite santé.

C'est donc à tort que certains chirurgiens ont prétendu que l'extraction par les voies naturelles, bonne pour les cas récents, devait être rejetée dans les cas anciens. Les faits comme celui que je vous présente aujourd'hui, comme celui de M. Masséi (de Naples), qui a pu enlever avec mon crochet un sou ayant séjourné six mois dans l'œsophage, montrent que l'extraction par les voies naturelles, même dans les cas anciens, constitue une excellente opération, pourvu que l'on ait à sa disposition un outillage convenable.

M. Broca. — Nous n'avons jamais parlé que de corps mousses, je dirai même que de pièces de monnaie, jetons, boutons, etc. Quand on emploie panier ou crochet pour un corps étranger tant soit peu rugueux, on commet une faute grave de technique, et l'instrument n'est pas responsable des accidents.

Pour la durée de séjour, je dirai que j'ai enlevé au panier, avec succès, un sou qui était dans l'œsophage depuis quatre mois.

M. Témoin. — J'ai eu l'occasion il y a quelques semaines d'enlever un sou avalé par un enfant de 3 ans depuis six mois. Je l'enlevai avec le crochet sans aucune difficulté.

Présentations de pièces

Tumeur du Bassinet

M. Bazy (paraîtra dans la prochaine livraison).

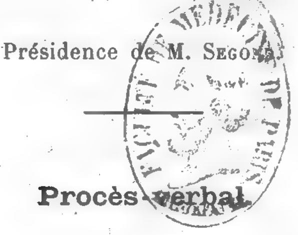
Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1906

Présidence de M. SEGOND.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

Exemple d'invagination intestinale traitée quarante-cinq heures seulement après le début par la laparotomie chez une petite fille de vingt et un mois; mort rapide après l'opération.

M. E. KIRMISSON. — Messieurs, mercredi dernier 10 octobre, au moment même où nous discutions ici sur l'invagination intestinale et sur son traitement, on apportait dans mon service une petite fille de vingt et un mois atteinte d'invagination intestinale. Pendant tout le mois d'août et jusqu'au 15 septembre, l'enfant avait eu de la diarrhée. Le samedi 6 octobre, cette diarrhée recommença avec des coliques assez violentes. Le lundi soir, 8 octobre, l'enfant étant sur le vase fait un effort à la suite duquel elle ressent une douleur brusque et violente, suivie de l'émission de gouttes de sang pur par l'anus.

L'enfant souffre beaucoup toute la nuit et ne peut dormir; tous les quarts d'heure, elle rend par l'anus des gouttes de sang pur.

Le mardi 9, les douleurs se calment; l'enfant ne rend plus de sang, mais des glaires rougeâtres; à 10 heures du matin, des vomissements verdâtres font leur apparition, et deviennent de plus en plus fréquents.

Le mercredi 10, le ventre est ballonné, les vomissements persistent, ainsi que l'émission de glaires sanguinolentes; absence complète d'émission de matières par l'anus depuis deux jours.

C'est dans ces conditions que l'enfant est amenée à l'hôpital. Mon chef de clinique le Dr Tridon, prévenu immédiatement, la voit à 5 heures et demie. Il la trouve dans un assez mauvais état général; la température est à 37°8, le pouls à 92, assez arythmique; l'enfant est agitée; le ventre très ballonné. Les anses intestinales distendues se dessinent au-dessous de la paroi. A la palpation, on perçoit une induration manifeste dans la fosse iliaque gauche.

M. Tridon pratique immédiatement la laparotomie médiane; il réussit à faire la désinvagination. La lésion siégeait sur l'angle splénique du côlon et sur le côlon descendant; les parois intestinales n'étaient pas altérées; un point douteux dut cependant être enfoui dans une suture à la soie. Mais, hélas! cette intervention n'eut aucun succès, et l'enfant succombait dans la nuit même, à 4 heures du matin, dix heures par conséquent après l'opération.

Telle est, Messieurs, cette histoire tristement classique et qui ne méritait pas par elle-même de vous être signalée. J'ai tenu cependant à le faire pour vous montrer qu'il n'y avait dans mes paroles de mercredi dernier aucune exagération. C'est ainsi que les choses se passent dans l'immense majorité des cas; aussi les résultats sont-ils déplorables. Nous avons connu dans la chirurgie ancienne une ère semblable pour la hernie étranglée. Les malades nous arrivaient fréquemment quatre à cinq jours après le début des accidents, et la mort était la conclusion habituelle de ces opérations faites *in extremis*. Beaucoup plus près de nous, lors de mon arrivée à l'hôpital Trousseau en 1898, nous avons vu des faits semblables en matière d'appendicite. Les malades nous arrivaient au bout de huit jours, après avoir été purgés à plusieurs reprises, après avoir subi sur le ventre des applications de sangsues ou de vésicatoires, et la mortalité pour les interventions dans les appendicites aiguës s'élevait parfois jusqu'à 32 ou 33 p. 100. Aujourd'hui les choses ont complètement changé; tous les médecins appliquent dès le début le traitement par la diète et la glace, et les cas de péritonite généralisée qui nous arrivent ne sont plus qu'une rare exception.

Il faut absolument qu'une même évolution s'accomplisse au sujet de l'invagination intestinale des jeunes enfants. Il faut que

tous les médecins sachent que l'invagination constitue la forme par excellence de l'occlusion intestinale chez les enfants du premier âge, que l'écoulement de sang pur par l'anus, véritable épistaxis intestinale, est caractéristique, et qu'en pareille matière l'intervention hâtive s'impose comme une absolue nécessité. C'est à cette condition seulement que nous obtiendrons des succès. Vous me pardonnerez, Messieurs, d'avoir retenu encore votre attention sur un sujet en apparence aussi banal, en considération du but que je poursuis.

Rapport.

Phlébite du membre inférieur gauche survenue après appendicectomie à froid, par M. le Dr Dieulafé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse.

Rapport de M. BROCA.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, étudiant, opéré à froid après la troisième crise; l'appendicectomie a été facile, sans destruction d'adhérences, sauf à la base même de l'appendice; il n'y avait pas de foyer purulent, mais l'appendice était turgescent, augmenté d'épaisseur, à parois dures, très court, ne mesurant que 5 centimètres de long; pas de drainage. Les suites opératoires furent bonnes, et sans fièvre. M. Dieulafé ne spécifie pas, toutefois, s'il y eut quelques petites élévations thermiques entre 37°5 et 38. Le quinzième jour, le malade ressentit une vive douleur dans la jambe gauche, au niveau du mollet et du creux poplité; il n'y eut pas d'ascension thermique; tout mouvement réveillait la douleur, elle s'atténua dans la journée, puis reparut, par crises, durant la nuit suivante. Il n'y avait ni œdème, ni gonflement, ni douleur localisée sur le trajet des vaisseaux. Le lendemain le malade se leva, resta quelques heures dans un fauteuil, puis fut obligé de se recoucher, la douleur de la jambe s'étant accentuée. Ce jour-là les deux points inférieurs de la suture cutanée cédèrent, le pansement fut taché par de la sérosité sanguinolente. Quoi qu'en pense M. Dieulafé, cela me paraît correspondre à un très léger degré d'infection locale. Le malade fut condamné au repos au lit pendant que sa plaie se réparait par seconde intention; les douleurs dans le mollet disparurent complètement. Il prolongea ainsi son séjour au lit pendant une quin-

zaine de jours ; il se leva définitivement un mois après l'opération. Il marcha sans difficulté pendant quelques jours dans sa chambre, puis il sortit, et au retour de sa première promenade, qui avait été assez longue, il constata que sa jambe gauche était gonflée ; deux jours après, il partit pour la campagne, et là, le gonflement s'accentua, il éprouva de la gêne pour marcher, et ressentit quelques douleurs dans la jambe gauche. Au bout d'une dizaine de jours, le gonflement alla en diminuant.

A l'heure actuelle, c'est-à-dire deux mois et demi après l'opération, le malade présente un peu d'œdème de la jambe gauche, un cordon dur et sinueux marque le trajet de la veine saphène externe ; il n'y a rien d'anormal au niveau des autres veines du membre inférieur. L'état général est bon.

Cette complication de l'appendicite est très connue, depuis les publications de Villard et Vignard (*Revue de chirurgie*, 1901); de Petit (*Thèse* de Paris, 1902-1903) ; de Leclerc (*Société de chirurgie*, 1903); de Bordessoule (*Thèse* de Paris, 1904-1905) ; le plus souvent ces phlébites surviennent au cours d'appendicites aiguës ou opérées à chaud, mais Bordessoule rapporte des observations de Legueu, Guinard, Jalaguier, Sonnenburg, dans lesquelles la phlébite est survenue après opération à froid et sans suppuration de la plaie. De mon côté, j'ai observé, quoique très rarement, quelques faits semblables.

La phlébite, étant données la date d'apparition de ses symptômes et la rareté ou même la nullité de la réaction générale de l'organisme, semble être une complication secondaire d'une infection dont le foyer primitif réside dans l'appendice.

Le développement de la phlébite serait favorisé, d'après Sonnenburg (Congrès de la Société allemande de chirurgie, Berlin, 1902), par l'état de faiblesse dans lequel sont les malades qui, ayant eu une ou plusieurs crises appendiculaires, prennent de tels ménagements au point de vue du régime alimentaire, qu'ils finissent par se nourrir insuffisamment. Le malade de M. Dieulafé avait eu la première crise en septembre 1904, la deuxième, le 12 mars 1906, et la troisième le 19 avril ; il fut opéré après refroidissement de sa troisième crise, qui fut très légère, le 28 avril ; pendant plus d'un mois et demi, il s'alimenta très légèrement, et il était très affaibli au moment de l'intervention. Quant à la localisation plus fréquente de la phlébite à gauche, d'après tous les auteurs, M. Dieulafé dit qu'en raison des douleurs qui surviennent pendant les crises, en raison du siège de la plaie opératoire après l'intervention chirurgicale, le malade immobilise son membre inférieur droit, tandis qu'il peut continuer à remuer le gauche ; l'immobilisation, la circulation forcément moins active

du côté droit, mettent ce membre davantage à l'abri des localisations microbiennes dans le système veineux. A l'appui de cette opinion, il nous dit que deux de nos confrères de l'armée, MM. Vigrulé et Roy, lui ont communiqué chacun une observation de phlébite dans le membre inférieur gauche à la suite d'opérations de cure radicale de hernie inguinale du côté droit. Sur de très nombreuses cures radicales de hernie, je n'ai observé qu'une seule phlébite, après opération bilatérale (crurale à droite, inguinale à gauche), et la phlébite siégea à droite. Je crois, d'autre part, que les phlébites observées après laparotomie médiane pour lésions génitales, sont, elles aussi, plus fréquentes à gauche, et aucune des explications fournies pour la prédilection à gauche des phlébites consécutives à l'appendicite ne m'a satisfait jusqu'à présent l'esprit.

Pour terminer, M. Dieulafé me permettra une critique, qui d'ailleurs ne s'adresse probablement pas à lui, car de l'observation il semble résulter que le malade s'est soustrait, au moins en partie et de bonne heure, à sa surveillance. Il est, à mon sens, certain que cette phlébite n'a pas été soignée avec la rigueur d'immobilisation nécessaire. Cela lui a réussi, tant mieux pour lui, mais il s'est exposé gravement à l'embolie. L'opérée de hernie à laquelle j'ai fait allusion plus haut, a succombé de la sorte; au bout d'environ un mois, cette femme, de caractère insupportable, a voulu, en mode de protestation, se lever sous l'œil même de l'interne qui insistait sur la nécessité de quinze jours encore de repos, et dès qu'elle a eu les jambes pendantes hors du lit, elle est tombée morte.

M. Routier. — J'ai écouté avec grand intérêt le rapport de M. Broca, car j'ai observé aussi quelques cas de phlébite, surtout à gauche, dans le cours d'appendicites opérées à froid, sans qu'il m'ait été possible de découvrir d'où venait l'infection, sans qu'un seul signe clinique, douleur ou température, vînt annoncer cette infection.

De sorte que, comme lui, je ne crois pas à l'explication fournie par le présentateur.

A l'appui de cette opinion, je crois devoir vous citer un cas datant d'un an qui m'a fort tourmenté.

En octobre dernier j'opérais, le même jour, d'appendicite à froid, deux jeunes filles; les deux opérations furent simples, rapides, sans complications, sans ligatures de vaisseaux dans les parois.

Tout alla à merveille, le chloroforme ne donna pas de suites désagréables, il n'y eut pas la moindre élévation de température; je croyais donc tout fini, lorsque dans la nuit du sixième au sep-

tième jour, une d'elles fut prise brusquement d'accidents emboliques; la crise fut longue et nous inquiéta fort, mon ami le Dr Chauffard et moi.

Cette jeune fille avait été purgée dans la journée. Cependant, le lendemain matin, l'état était meilleur, moins alarmant, le pouls qui était monté à 130 redescendait à 80, la température ne dépassait pas 37°.

Le huitième jour, j'enlevai les fils de suture, la réunion était complète.

Quelques jours après, elle crachait son infarctus pulmonaire, tout semblait devoir aller bien. Mais, le 12 novembre, dix jours après, nouvelles poussées emboliques, et alors, souffle au cœur, poussée d'endocardite diagnostiquée par MM. Bucquoy et Chauffard.

Le 15 au soir, la *phlébite gauche* se montrait sur tout le membre entier.

Le 16, le *membre droit* était pris à son tour.

Ces phlébites parurent calmer les autres accidents. Cependant, toutes les fois qu'on fût obligé de purger cette jeune fille, elle eut des palpitations au cœur, sans doute par suite de ce qui lui était arrivé la première fois.

Tous ces accidents cédèrent petit à petit; le 30 décembre, nous lui permettions de remuer les jambes, puis de se lever. Aujourd'hui il ne reste rien de tous ces accidents, et la santé est revenue parfaite.

La seconde, opérée comme elle, le même jour et après elle, n'a eu aucun accident.

Voilà donc un cas de phlébite bilatérale, qui a cependant commencé par le côté gauche, mais dont la pathogénie immédiate m'échappe complètement, de sorte que je suis aussi désarmé qu'avant, et ne sais comment il est possible d'éviter cette complication, rare il est vrai, d'une opération qui devrait être si bénigne.

M. Potherat. — Je crois que la phlébite dans le décours de l'appendicite, avant ou après l'opération, est rare. Cela découle tout au moins de ma pratique personnelle. Car celle-ci, qui, comme celle de beaucoup d'entre nous, porte aujourd'hui sur un très grand nombre de cas, ne m'offre qu'un seul cas de phlébite que j'ai observé l'année dernière dans mon service de l'hôpital Broussais. La phlébite fut bilatérale, et l'explication me semble facile dans ce cas au moins.

Il s'agit d'un homme de quarante à quarante-cinq ans que j'opérai au cours d'une appendicite aiguë, grave, avec vaste foyer iliaque mal localisé. Cet homme, dans le deuxième septénaire qui suivit son opération, fut pris de phlébite de l'un des membres

inférieurs, suivie au bout de huit à dix jours d'une plébite de l'autre membre. Cette double phlébite ne fut pas grave; elle fut longue, mais le malade guérit complètement. L'inflammation veineuse débuta par le membre inférieur gauche, comme dans les cas qui nous sont signalés; mais l'origine infectieuse me paraît ici évidente.

En ce qui concerne l'explication donnée par M. Dieulafé pour justifier le début, ou la localisation à gauche, je ne crois pas qu'elle soit scientifiquement acceptable.

M. Tuffier. — Les phlébites dans le cours des appendicites aiguës avant ou après l'opération ne me paraisssnt *pas exceptionnelles*, car j'en ai certainement vu une dizaine de cas. Elles peuvent même être méconnues pendant le cours de la maladie; j'ai été témoin d'un fait de ce genre. Quant à leur localisation, je crois que les phlébites *gauches* étant plus fréquentes que les phlébites droites dans les *infections générales*, les appendicites aiguës agissant comme des infections générales doivent provoquer une localisation plus fréquente à gauche qu'à droite. Je ne pense pas du tout que la propagation infectieuse se fasse de proche en proche, de l'appendice à la veine iliaque.

M. F. Legueu. — Je pense que dans cette question des phlébites dans l'appendicite, il y a lieu de séparer les appendicites à chaud et les appendicites à froid. Dans les premiers cas, la phlébite est l'épilogue de l'infection dont le malade est porteur, et l'explication est facile.

Dans le second cas, l'explication est plus difficile. J'ai vu deux phlébites survenir dans ces conditions après des opérations à froid et d'une simplicité extraordinaire ; il n'y eut aucune infection apparente. La phlébite s'est produite dans les deux cas du côté gauche, et il est difficile de dire pourquoi elle se produisit.

M. Kirmisson. — Je crois que, chez les enfants tout au moins, la phlébite est une complication rare de l'appendicite. Pour ma part, je ne l'ai jamais observée. En ce qui concerne la phlébite survenant à la suite des opérations d'appendicite à froid, et en dehors de toute infection apparente, je me rappelle avoir lu un travail allemand dans lequel l'auteur incriminait comme point de départ les blessures de la veine épigastrique, et, partant de là, rejetait le procédé qui consiste à ouvrir la gaine du grand droit.

M. Tuffier. — Dans les cas analogues à ceux dont parle M. Broca, c'est-à-dire quand une appendicite est opérée à froid et

qu'au quinzième jour après l'opération elle est suivie d'une phlébite gauche, il s'agit d'une phlébite post-opératoire, analogue à celle qui peut suivre une opération quelconque dont l'asepsie n'a pas été absolue.

M. Routier. — Je répète que j'ai pour objectif ces phlébites qui s'observent rarement à la vérité au cours d'nne appendicite opérée à froid, sans qu'il y ait eu l'ombre d'un phénomène accusé par la clinique et faisant penser à une infection; il n'y a ni élévation de température, ni douleur, ni quoi que ce soit.

Il est bien entendu que ce sont des phlébites infectieuses, mais d'où vient cette infection, comment pourrions-nous l'éviter, c'est ce qui m'échappe et ce que je déplore.

Dans le cas que je viens de vous rapporter, il y eut phlébite double; je ne suis pas plus avancé.

M. Guinard. — Je suis un peu surpris d'entendre dire que la phlébite est aussi rare dans l'appendicite. Il est possible que cela soit exact pour l'enfant; mais chez l'adulte, la phlébite au cours de l'appendicite n'est pas aussi exceptionnelle. J'ai fait faire une thèse sur ce sujet par mon élève le Dr Petit (Paris, 1902), qui a trouvé un chiffre très respectable (15 cas) de phlébites d'origine appendicitaire, et les a publiés. Et ces phlébites peuvent se rencontrer tout aussi bien pendant une crise d'appendicite sans opération. Beaucoup d'entre vous connaissent l'histoire de la femme d'un de nos confrères qui a eu une phlébite à gauche des plus graves au cours d'une appendicite pour laquelle on n'est jamais intervenu. Bien plus, il y a des cas d'embolie mortelle, des cas de mort subite après des opérations très simples pour une appendicite à froid.

Un de mes opérés, dont l'histoire détaillée est dans la thèse du Dr Petit, est mort subitement pendant la visite, au moment où il faisait des efforts sur le bassin. Son opération avait été aussi correcte et aussi facile que possible. A quelle cause attribuer ces phlébites? Il me semble bien établi que la phlébite est toujours fonction d'infection. J'en conclus que dans les opérations les plus simples sur l'appendice, on peut avoir un léger degré d'infection, et des phlébites plus ou moins étendues. Le plus souvent ces phlébites n'atteignent pas les gros vaisseaux : c'est ce qui se passe chez les malades qui meurent subitement d'embolie sans avoir eu des symptômes de phlébite dans les fémorales. Maintenant, pourquoi est-ce le membre gauche qui est frappé le plus souvent? Je n'en sais rien. Je dirai seulement comme M. Tuffier, que c'est pour la même raison que dans les maladies générales la

phlébite a une prédilection pour le membre inférieur gauche. Mais cela ne fait que reculer la solution du problème.

M. Walther. — J'ai observé très exceptionnellement au cours d'appendicites aiguës des phlébites présentant les caractères des phlébites graves des grandes infections.

Mais, assez fréquemment, j'ai vu des phlébites au cours d'appendicites chroniques; ces phlébites ont toujours été bénignes, de courte durée, s'accompagnant de peu d'œdème et siégeant presque toujours à la jambe gauche. Elles revêtent les allures de ces infections légères des veines que nous voyons dans nombre d'infections chroniques. Ce sont des phlébites d'origine intestinale; je les ai vues survenir dix, quinze, vingt jours après des opérations qui semblaient avoir évolué aseptiquement. J'en ai vu survenir en dehors de toute opération, toujours dans des appendicites chroniques.

Le nombre des phlébites est peut-être plus grand qu'on ne le pense. Elles peuvent passer inaperçues. Nous voyons les phlébites des membres. Celles de l'abdomen, du mésentère, nous échappent.

J'ai vu mourir d'embolie trois malades qui n'avaient présenté aucun signe de phlébite. Deux avaient été opérés à froid, les suites opératoires avaient été absolument normales, et, au huitième et au dixième jour, une embolie mortelle survint, subite, sans prodrome, sans aucune phlébite apparente. Un autre malade mourut aussi d'embolie quelque temps après une crise légère au cours d'une vieille appendicite chronique, sans avoir été opéré, sans avoir aucune trace apparente de phlébite.

M. Félizet. — Voici ce qui me semble résulter de cette très intéressante discussion : la rareté de la complication : phlébite dans l'appendicite.

Mais si cette phlébite est rare chez l'adulte (nos collègues n'ont parlé que de malades âgés de plus de dix-huit ou vingt ans), elle est, chez l'enfant, particulièrement exceptionnelle.

Exceptionnelle! Voyez : M. Broca en a observé un seul cas. M. Kirmisson n'en en a jamais vu, M. Villemin pas davantage et moi de même. Et ce n'est pas seulement dans les appendicites opérées à froid, dans les conditions de tout repos d'une intervention bien préparée, mais encore dans les appendicites opérées à chaud en pleine gangrène, en pleine péritonite généralisée, avec des incisions étendues, des contre-ouvertures énormes, en pleine bourrasque, dans ces cas, je n'ai jamais observé la phlébite.

Nous sommes donc autorisés à préciser que, à côté de toutes

les complications qui accompagnent l'appendicite chez l'enfant, avant ou après l'intervention, de près ou de loin, la phlébite constitue un danger à peu près sans exemple.

M. Broca. — La phlébite est évidemment une complication rare. Chez l'enfant en particulier je n'en ai observé qu'un cas. Sûrement, elle est infectieuse, mais quand elle survient après les opérations à froid, elle me paraît liée à une infection de l'intestin plutôt que de la plaie. Ce n'est pas ce point qui nous paraît obscur, mais le seul fait de prédilection à gauche, et pour moi cette obscurité persiste après notre discussion, car invoquer une différence entre l'homme droit et l'homme gauche ne me satisfait pas l'esprit.

Communication.

De la réparation en deux temps des pertes de substances traumatiques ou opératoires de l'urètre périnéal,

par M. F. LEGUEU.

La suture de l'urètre est depuis longtemps le procédé de choix pour la réparation des ruptures de l'urètre ; et lorsqu'il y a quelques années, après une présentation de Walther je rappelais un cas semblable observé et opéré par moi de suture de l'urètre périnéal rompu et de réunion par première intention, je ne sais plus quel est celui d'entre nous qui faisait remarquer qu'il s'agissait là d'une pratique classique, banale, adoptée par tous et indiscutable.

C'est cependant contre les inconvénients de cette suture que je viens aujourd'hui formuler quelques réflexions, et de ces observations j'arriverai à conclure que, en présence d'une perte de substance étendue de l'urètre, que presque toujours en présence d'une résection urétrale, il vaudra mieux faire en deux temps la réparation de l'urètre et renoncer à la réunion primitive et totale.

Que la suture primitive et totale de l'urètre, quand elle est suivie d'une réunion par première intention, *vraie*, j'insiste sur ce mot, puisse donner un très bon résultat, c'est-à-dire un urètre sans cicatrice importante, avec un calibre indéfiniment favorable, je ne le saurais contester.

Mais habituellement il n'en est pas ainsi : quand au lieu du résultat opératoire en effet on étudie le résultat thérapeutique, c'est-à-dire éloigné, il faut beaucoup en rabattre de cet optimisme ou du moins de ce jugement favorable sur la suture de l'urètre.

La plupart des observations étiquetées réunion par première

intention ne sont souvent que des apparences : il y a eu réunion des parties superficielles avec la sonde, la peau est intacte, mais la plupart des observations mentionnent une légère filtration qui se fait pendant quelques jours à l'un des angles de la plaie et c'est là qu'est tout le mal. De cette filtration sous-cutanée va résulter une périurétrite profonde, qui va non seulement désunir l'urètre, mais encore ébaucher autour de lui des callosités qui ne feront que s'accentuer plus tard.

La filtration cesse en quelques jours. Le malade quitte la sonde, la réunion est parfaite; tout le monde est satisfait et le malade quitte l'hôpital absolument guéri. Seulement, quand on le revoit, quelques semaines, quelques mois après, le rétrécissement s'est reformé, il y a au périnée une induration appréciable ; le cathétérisme est très difficile, quelquefois impossible du premier coup, et dès lors commence ce long martyre des malades atteints de rétrécissements traumatiques avec des interventions multiples, urétrotomies linéaires, urétrotomies complémentaires, jusqu'à la résection de l'urètre, cependant que l'infection dont le malade est porteur s'étend de la vessie aux reins et peut faire mourir un malade encore jeune.

Ce que je viens de décrire représente *la règle* dans l'évolution des malades opérés de la suture de l'urètre.

On m'objectera que ces malades dont je parle sont ceux dont la suture n'a pas tenu et qu'ils ne prouvent rien contre ceux dont la suture fut irréprochable.

Sans doute, je ne dis pas que la suture ne puisse réussir : je nie qu'elle réussisse souvent, habituellement, et je constate qu'elle est plus difficile à obtenir que partout ailleurs : la sonde ou l'urine, l'urine ou la sonde, sont la raison de ces résultats partiels. Et, en fait, elle ne réussit jamais complètement. Voilà une défectuosité qu'il est indispensable de dénoncer.

Ainsi, en ce qui me concerne, je n'ai eu qu'une fois un résultat merveilleux de la suture, c'est-à-dire une réunion complète, absolue, totale, mais il s'agissait d'un enfant, et l'urètre de ce malade est resté indemne de toute sténose. Mais c'est le seul de ma pratique ; tous les autres, et je ne parle que de ceux qui avaient réussi, tous les autres ont donné un résultat défectueux à distance.

Et si je ne parlais que de mes résultats, je pourrais penser qu'une malchance particulière a présidé à mes opérations, mais tous les faits que j'ai vus plaident dans le même sens. Voici un enfant que je vois à Trousseau, lorsque je succédai à M. Kirmisson ; la suture de l'urètre avait réussi : mais la sonde déjà au bout d'un mois était très difficile à remettre.

Voici un jeune homme que je trouve à Tenon, lorsque, le 1er janvier, je succède à mon ami Rochard : une suture de l'urètre tentée après une opération a réussi mais a laissé un périnée infecté; la sonde ne passe que très difficilement, bientôt elle ne passe plus du tout, et le malade, qui venait de subir des mains de notre collègue un cathétérisme rétrograde, se retrouve dans des conditions égales.

Voici encore un malade que j'ai en ce moment dans mon service; il a été opéré il y a trois semaines par le chirurgien de garde qui, pour une rupture de l'urètre, a fait une suture totale et complète. La peau est admirablement réunie, la ligne de suture est irréprochable. Mais au-dessous, il y a eu un peu de suppuration. Et lorsque après avoir enlevé pendant quelques jours la sonde je veux la remettre, cela m'est impossible; le cathétérisme est déjà impraticable, et chez ce malade déjà se constituent ces indurations qui vont se développer peu à peu et rendront le canal infranchissable.

Tous ces faits d'ailleurs et bien d'autres seront publiés dans un mémoire de MM. Pasteau et Iselin. Ces auteurs y ont rassemblé tous les cas qu'ils ont pu trouver de résultats opératoires éloignés de suture de l'urètre, pour rupture traumatique.

De cette enquête, il résulte que la suture est loin de donner les résultats heureux qu'on doit acquérir au bout d'un mois, et qu'en général le résultat est médiocre ou franchement mauvais.

Voilà la critique; voici maintenant le remède.

Le remède est celui-ci : en présence d'une perte de substance large de l'urètre, d'une de ces ruptures complexes pour lesquelles l'opération est nécessaire, le mieux est de ne pas faire la suture immédiate, mais de faire la suture en deux temps; dans un premier temps, on fait à la peau l'abouchement des deux bouts de l'urètre; dans un deuxième temps, réalisé deux à trois mois après le premier, on fait là-dessus une autoplastie à lambeaux cutanés.

C'est M. Guyon qui a eu le premier l'idée de cette modification à la technique opératoire; frapppé du contraste entre les résultats éloignés des périnées fermés et des périnées ouverts, M. Guyon avait pensé réaliser, par l'urétrostomie temporaire, le drainage des voies de l'urine.

Et une fois qu'il assistait à une opération de suture de l'urètre que j'allais tenter, il me pria de vouloir bien suturer isolément à la peau les deux bouts de l'urètre. Je ne comprenais guère à ce moment le bien fondé de cette pratique; je l'exécutai, je puis bien le dire, à contre-cœur. Plus tard, après avoir reparlé avec M. Guyon de toutes ces choses, j'ai opéré ce malade par l'autoplastie, et le canal qu'il a gardé — ceci se passait il y a quelques

années — est infiniment meilleur que ceux des autres malades que j'ai opérés.

Ce fut le premier cas opéré de propos délibéré de cette façon.

Depuis lors j'ai opéré moi-même ainsi, j'ai vu opérer par mes chefs de clinique un grand nombre de malades et les résultats obtenus sont absolument remarquables.

Les périnées ainsi obtenus sont vierges de toute induration, il n'y a pas sous la peau la plus petite trace d'infiltration ni de callosités.

Le petit malade que je vous présenterai un jour a eu trois opérations sur l'urètre, dont un cathétérisme rétrograde : depuis huit ans, il a un périnée et un urètre en traitement, il a subi quatre opérations. Vous pourrez cependant voir que maintenant son périnée est merveilleux de souplesse, on passe dans son canal le béniqué 47.

Nous avons même été tellement frappé des résultats de cette manière de procéder, que nous l'avons appliquée à tous les cas de résection de l'urètre, à ces résections étendues que nous faisons pour des rétrécissements complexes. Dans ces cas, l'urétrostomie temporaire nous donne de bien meilleurs résultats que la suture, telle qu'on la faisait quelquefois, ou que la cicatrisation sur la sonde comme on l'obtenait quand on ne pouvait faire la suture.

En ce qui concerne le manuel opératoire, je rappellerai ses temps principaux : dans un premier temps, on suture à la peau les deux bouts isolés par la rupture de l'urètre, et on panse à plat; ainsi toute filtration de l'urine est évitée, le malade urine comme une femme, et, au bout d'un mois, la cicatrisation étant faite, on voit sur le périnée, séparés par une étendue de peau saine de 4 à 5 centimètres, les deux orifices de l'urètre, reconnaissables à l'irrégularité frangée de leurs muqueuses.

Quand tout est ainsi très bien réparé, on refait en une séance la partie manquante de l'urètre avec deux petits lambeaux pris de chaque côté de l'urètre et rabattus en volet sur la sonde; l'un a sa face cutanée tournée vers le canal, l'autre recouvre le premier de sa face cruentée.

Les deux petites fistules qui résultent en avant et en arrière de la juxtaposition de ces lambeaux, se ferment en général très facilement.

Ce procédé me paraît le procédé de choix à employer pour la réparation de toutes les pertes de substance de l'urètre, toutes les fois que la complexité et l'étendue des lésions ne permettront pas d'escompter à coup sûr une réunion parfaite, c'est-à-dire complète et totale.

M. Bazy. — Il me semble que M. Legueu a un peu généralisé

les difficultés qu'on peut avoir à obtenir des canaux réguliers et dilatés après la suture bout à bout des deux extrémités d'un urètre rétréci et sectionné; je suis d'avis avec lui qu'il ne faut pas faire de suture immédiate des deux bouts après avoir ouvert une infiltration sanguine.

Quand je me trouve en présence d'un traumatisme de l'urètre, j'obéis aux indications; s'il y a des accidents infectieux, j'incise largement et j'attends.

J'attends toujours, au grand désespoir de mes internes, qui sont toujours pour l'intervention immédiate.

J'ai opéré un certain nombre de cas de rétrécissements traumatiques auxquels j'ai fait la suture des deux bouts et qui sont guéris, l'urètre restant perméable à l'urine et aux cathéters.

Il se passe pour ces rétrécissements ce qui se passe pour les rétrécissements blennorragiques : il y a des rétrécissements blennorragiques qu'on ne peut dilater quoi qu'on fasse, avec ou sans urétrotomie; il y a des rétrécissements traumatiques qui se comportent de la même façon.

On peut avoir aussi des rétrécissements traumatiques anciens qu'on traitera comme nous l'avait enseigné Horteloup ici à la Société de chirurgie, c'est-à-dire en réséquant toutes les callosités, toutes les indurations, sans tenir compte de l'urètre, qui peut être enlevé sur une étendue de 5 à 6 centimètres.

Et tout à l'heure mon ami Rochard me rappelait le cas d'un malade que nous avons opéré en 1896, à qui j'ai réséqué aussi 6 centimètres d'urètre, et qui avait conservé six ans, quoiqu'il ne se fût jamais sondé depuis, un canal dans lequel on passait le n° 20 très facilement. Il est vrai qu'il s'agissait d'un rétrécissement blennorragique ancien avec fistules périnéales entourées de callosités énormes.

Pour me résumer, je crois que M. Legueu a un peu trop généralisé. Cependant le procédé opératoire dont il nous parle est trop intéressant et satisfaisant pour n'être pas retenu.

M. Félizet. — M. Legueu vient de vous décrire une opération très séduisante pour guérir les ruptures traumatiques de l'urètre. Mais il y a quelque chose que je ne comprends pas : la fixation du bout postérieur de l'urètre à la peau. Et j'entends l'urètre profond, l'urètre « fixe », la *portion membraneuse* de l'urètre, dont vous venez de nous parler catégoriquement, comme réfractaire à la suture bout à bout.

Il n'y a pas d'erreur.

Je crains bien que cette fixation soit impossible : elle suppose

à l'urètre une mobilité, une élasticité, une complaisance invraisemblables.

Jusqu'à plus ample informé, je crois ce temps de l'opération anatomiquement impraticable.

M. F. Legueu. — Je répondrai à M. Félizet qu'en cas d'impossibilité je ne ferais pas ce que j'annonce, mais la difficulté n'est pas aussi grande qu'il le croit. Le cathétérisme rétrograde permet d'ailleurs toujours de retrouver le bout postérieur.

A M. Bazy, je répondrai que je parle surtout des grandes pertes de substance de l'urètre, des résections ou des ruptures totales. Quand il n'y a qu'une petite rupture sur la paroi inférieure, je ne vois pas moi-même pourquoi on ne ferait pas dans ce cas la suture de l'urètre, mais dans les grandes ruptures ce sera beaucoup plus difficile d'obtenir un très bon résultat éloigné.

M. Broca. — Je ne puis laisser passer sans protester une opinion émise par M. Legueu dans sa réponse à M. Félizet : quand, après une opération *immédiate*, on ne trouve pas le bout postérieur, je crois mauvais de faire le cathétérisme rétrograde. Il faut, à mon sens, conseiller au praticien de partir sans plus rien faire et le malade pissera une fois tombé le spasme, une fois supprimée la compression par le sang.

Sur la suture envisagée en soi, je suis au contraire assez de l'avis de M. Legueu : on me paraît en avoir abusé, et depuis longtemps je doute si elle donne des résultats meilleurs. Et quand je lis les observations où on a suturé à plans séparés au catgut fin la muqueuse, puis la séreuse et au-dessus le périnée, je reste sceptique, car chez les enfants au moins, où ces ruptures sont fréquentes, les plans de l'urètre m'ont toujours paru incapables, les deux bouts étant écartés, de supporter cette traction.

M. Hartmann. — Je tiens à m'associer à ce que vient de dire notre collègue Broca. Dans la rupture périnéale grave de l'urètre, celle qui nécessite une intervention, je crois qu'il faut se limiter à l'incision périnéale médiane et, pour ma part, je ne songe jamais à faire le cathétérisme rétrograde immédiatement après l'accident ; je m'en tiens à la simple incision. Pas de suture ni bout à bout ni à la peau ; ces sutures sont du reste impossibles dans la rupture grave où tout le périnée est déchiré et rempli de caillots.

M. Félizet. — Je reviens à mon objection première. Il faut que je le répète : vous ne pouvez pas fixer le bout postérieur de l'urètre à la peau ; vous ne pourriez pas sur le cadavre, vous ne

pouvez pas à plus forte raison fixer le bout postérieur à la peau, au milieu du traumatisme et de l'épanchement du sang. Notez que je ne parle pas des cas dans lesquels il y a infiltration d'urine. Je puis donc vous dire, mon cher Legueu, que si vous avez cru fixer à la peau le bout postérieur totalement rompu, si vous l'avez cru, vous vous êtes trompé.

M. F. Legueu. — Quant au cathétérisme rétrograde, je ne partage pas sur ce point l'avis de mes collègues. Je lui dois le plus beau succès que j'aie eu de la suture de l'urètre; et à l'époque où nous faisions la suture, cette manœuvre me paraissait absolument légitimée, et d'ailleurs très bénigne.

M. Broca. — M. Legueu se demande pourquoi on ferait perdre au malade le « bénéfice » du cathétérisme rétrograde si on ne trouve pas le bout postérieur. Mais précisément la question est de savoir si c'est un bénéfice, et mon objection était que, si on n'est pas partisan de la suture urétrale immédiate de parti pris, — ce qui est mon cas et celui de M. Legueu, — la taille hypogastrique surajoutée me paraît plutôt un « maléfice ».

Présentations de pièces

Papillome du bassinet du rein gauche.

M. Bazy. — L'aquarelle que j'ai l'honneur de faire passer sous vos yeux et qui représente fidèlement la pièce anatomique que j'aurais pu apporter ici a été faite d'après un rein que j'ai enlevé le 27 juin dernier, à un homme de soixante-cinq ans.

Il m'est envoyé le 19 avril dernier, pour des hématuries survenant sans cause connue; la première toutefois eut lieu il y a trois semaines, à la suite d'une course en voiture par un temps froid, et a duré vingt-quatre heures, sans douleur, sans pollakiurie, ni avant, ni pendant, ni après.

Cinq jours après, il urine de nouveau du sang noir vers onze heures après être resté longtemps assis; elle dure dix à douze heures.

Le 15 août dernier, cette hématurie se reproduit après une promenade par un temps chaud et après transpiration abondante.

L'urine est noirâtre, couleur jus de pruneaux, elle dure cinq jours.

C'est à la suite de cette hématurie qu'il vient me voir.

L'urine n'offre rien de particulier au moment de l'examen.



Celui-ci est négatif à toute espèce de point de vue : rein, vessie, prostate.

Le malade est obèse, mais je crois pouvoir dire qu'on ne sent pas les reins.

La cystoscopie me fait voir une vessie noire avec de grosses

veines sillonnant le bas-fond vésical ; je crois pouvoir rapporter ces hématuries à ces grosses veines.

Le 25 mai, je suis appelé auprès de lui en province parce qu'il a une hématurie abondante et inquiétante avec douleur rénale assez vive à gauche pour nécessiter une piqûre de morphine.

Malgré l'obésité du malade, je suis arrivé à faire sentir au médius une augmentation de volume du rein gauche. Je n'hésite pas à diagnostiquer un cancer du rein gauche et je fais venir le malade à Paris pour l'opérer.

Je pratique auparavant à nouveau la cystoscopie, qui me fait voir que le rein gauche éjacule nettement du liquide brunâtre. Rien par l'orifice de l'uretère droit, qu'un liquide transparent.

Le temps pressant, sans faire d'injection préalable de bleu de méthylène pour m'assurer de l'intégrité du rein droit et même de son existence que je pourrais vérifier pendant l'opération, par la palpation directe du rein, je procède à l'opération par voie transpéritonéale (je vois mon collègue Legueu qui fait avec la tête des gestes d'exclamation pour cette soi-disant témérité; mais le malade se portant très bien antérieurement et des analyses d'urine répétées montrant l'intégrité de la fonction rénale, je crois que j'étais aussi bien renseigné que par tout autre moyen).

Je fais donc l'opération le 29 mai, en pleine hématurie.

Incision le long du bord externe du muscle grand droit du côté gauche.

L'abdomen ouvert, je plonge ma main vers le côté droit et sens très nettement un rein droit, régulier, de volume normal ou à peu près.

Je découvre le rein gauche, et trouve d'abord une capsule adipeuse qui me paraît épaissie, indurée. Cependant, à l'examen microscopique d'un fragment, on ne voit que du tissu graisseux sans sclérose appréciable.

Je dégage le rein, excise une partie de cette capsule graisseuse et, à mon grand étonnement, ne vois et ne sens qu'un rein un peu scléreux avec des tractus fibreux s'entrecroisant à sa surface et épaississant sa capsule propre. Je ne suis donc pas en présence d'un cancer et, pensant qu'il s'agit d'une de ces formes de néphrite hématurique que nous commençons à connaître maintenant, je décide de conserver le rein et me borne à débrider le rein en faisant une décapsulation partielle, et je referme la plaie.

Les suites furent apyrétiques. La température ne dépassa 37° que le lendemain matin de l'opération, 37°4; c'était la même température que celle de la veille au matin, avant l'opération.

Le lendemain, le sang continua, mais moins abondant.

Pendant cinq jours, le sang avait disparu de l'urine.

Je commençais à être satisfait, puis il reparut pendant une ou deux mictions, puis à peu près régulièrement toutes les nuits.

J'étais très préoccupé. Un jour, ce malade, qui s'était levé et paraissait aller bien, quoique pâle et affaibli, me prit à part et me dit : « Je sens que je m'en vais; je vais mourir d'hémorragie dans trois ou quatre mois; je vous demande de ne rien dire à ma femme, qui ne se préoccupe pas beaucoup, puisque je lui cache le sang que je fais dans la nuit. » Je lui répondis que j'avais le devoir de l'empêcher de mourir d'hémorragie; il parut surpris; je lui dis alors que je lui enlèverais le rein. Je ne doutais qu'ayant supporté aussi bien sa première opération, malgré son âge, il ne supportât bien la seconde.

Il me demanda à réfléchir. Vingt-quatre heures après, sa résolution était prise : le temps de prévenir un membre de la famille, et l'opération était décidée pour le surlendemain. J'y procédai le 27 juin.

Je rouvris la cicatrice en agrandissant un peu l'incision par le bas.

Le rein fut mis à nu et, au moment où je cherchais à le dégager, un flot de liquide brun jaillit à travers la plaie.

C'était le bassinet distendu qui avait éclaté. C'était la distension du bassinet que j'avais sentie lors de mon exploration quand j'avais diagnostiqué : cancer du rein; et vous voyez sur la pièce que le bassinet et les calices sont distendus.

La surface du rein était bigarrée, présentant des taches sanguines et des taches jaunâtres assez étendues, comme des pièces de 50 centimes en argent environ. L'ablation du rein se fit donc simplement.

Je refermai la plaie et la drainai.

Les suites furent aussi aseptiques et apyrétiques que la première fois. La température est restée tout le temps au-dessous de 37°, sauf le sixième jour, où elle atteignit le soir 37°, et le quinzième, où elle atteignit 37°1.

L'urine	rendue	le 1er jour	mesurait :	700	cent. cubes.
—	—	le 2e jour	—	550	—
—	—	le 3e jour	—	750	—
—	—	les 4e, 5e, 6e jours	—	1.000	—
—	—	le 7e jour	—	800	—
—	—	le 8e jour	—	1.100	—

Le 30 juin, un peu de sang avec un caillot que j'attribuai à ce que l'uretère s'est vidé du sang qui y était contenu. Depuis, le sang n'a plus reparu.

Actuellement, le malade se porte très bien et a repris toutes ses occupations.

Quand j'ai coupé le rein, immédiatement après l'opération, j'ai vu la dilatation des calices et du bassinet, et je ne vis ce papillome, que vous voyez à l'extrémité supérieure du rein, ayant le volume d'une petite framboise, qu'après avoir fendu complètement le rein pour l'étaler comme il est représenté sur la pièce.

M. F. Legueu. — Je demanderai à M. Bazy s'il aurait pu par l'incision du rein reconnaître l'existence de cette tumeur. Car pour ma part, je ne me serais pas contenté de décortiquer le rein, je l'aurais ouvert.

Dans les néphrites qui ne sont pas formellement établies par un diagnostic précis, je fais toujours l'incision du rein en même temps que la décapsulation. Cette incision est surtout exploratrice; elle est en outre décongestionnante.

M. Bazy. — Je répondrai à M. Legueu que, n'ayant pu voir le papillome qu'après avoir complètement fendu dans ma main le rein de façon à pouvoir l'étaler, je suis convaincu que dans le fond d'une plaie et avec le sang qui coule toujours plus ou moins, malgré l'hémostase préventive, je n'aurais rien vu du tout.

M. Paul Reynier. — J'appuie ce que vient de dire M. Legueu. En présence d'une hématurie rénale, je crois qu'on ne doit pas hésiter à fendre le rein, même s'il vous paraît sain, plutôt que de chercher à le décapsuler.

Cette néphrotomie, en effet, me paraît inoffensive; et elle a, de plus, l'avantage de pouvoir vous renseigner dans un certain nombre de cas sur la cause de l'hémorragie. Mais ne vous donnerait-elle pas ce renseignement, elle peut encore être utile, et agir comme hémostatique, ainsi que deux cas me l'ont montré.

Dans ces deux cas, l'incision ne m'a pas donné l'explication de l'hématurie, et cependant, à ma grande surprise, elle a été efficace, et j'ai vu des hémorragies qui duraient depuis un certain temps s'arrêter. J'ai revu même un de ces malades deux années après mon intervention, et les hémorragies ne s'étaient pas reproduites. Nous avions eu peut-être affaire ici à ces hémorragies essentielles sur lesquelles M. Lancereaux a attiré l'attention.

M. Bazy. — Les observations de M. Reynier n'ont rien de commun avec ce qu'a dit M. Legueu.

Volumineux fibrome ossifié du mésentère.

M. A. Guinard. — Je vous présente une énorme tumeur fibreuse que j'ai enlevée le 15 octobre à une malade de mon service à l'Hôtel-Dieu. Cette tumeur pèse 5 kil. 300 gr. Sa dureté est extrême : au palper on avait très nettement la sensation d'un granité pierreux à sa surface avec quelques bosselures très dures aussi. Ce qu'il y a de particulier, c'est qu'il a été impossible de la couper avec un couteau pour examiner la tranche de section. J'ai été obligé pour vous la présenter ainsi fendue en deux de me servir de la grosse « scie de boucher ». Et encore j'ai eu beaucoup de peine à scier ce tissu calcaire aussi dur que l'os le plus compact. Il s'agit donc d'un fibrome ossifié, ou infiltré de sels calcaires. Ce qui en fait en outre la rareté, c'est qu'il était inclus entre les deux feuillets du mésentère, ou plutôt du méso-côlon iliaque. J'ai dû sectionner en avant le feuillet interne de ce méso, et j'ai pu assez aisément enlever la tumeur, qui n'avait pas de pédicule et qui par conséquent était libre et mobile au-devant des vaisseaux iliaques; on voyait au fond de la plaie après l'ablation de la tumeur la terminaison de l'aorte et la veine cave inférieure ainsi que les vaisseaux iliaques absolument à nu. Il n'y a eu aucun vaisseau, aucun pédicule à lier au cours de l'opération.

La malade, Anna B..., âgée de soixante-quatre ans, avait depuis longtemps, dit-elle, le ventre gros; mais ce n'est que depuis trois mois qu'il grossit « à vue d'œil ». Comme elle présentait sur la peau de l'abdomen et des cuisses une grande quantité de petits nævi, et des taches pigmentées, comme elle avait maigri de plusieurs kilogrammes depuis trois mois, et comme elle accusait formellement une rapidité très marquée dans l'évolution de la tumeur, j'avais pensé qu'il s'agissait d'un fibrome calcifié de l'utérus avec dégénérescence maligne. Rien dans la percussion ne pouvait faire croire à une tumeur du mésentère : la tumeur occupait tout l'abdomen, des fausses côtes gauches au petit bassin. La dissection montra qu'elle n'était sérieusement adhérente qu'au feuillet interne du méso-côlon iliaque.

Ces tumeurs fibreuses du mésentère sont des plus rares, et je n'ai vu nulle part qu'elles aient été jamais trouvées comme ici, infiltrées de sels calcaires. Je suis porté à croire qu'il s'agit simplement d'un fibrome du ligament large gauche qui a perdu toute connexion avec l'utérus et a soulevé peu à peu le feuillet péritonéal postérieur du ligament large, pour remonter dans la cavité abdominale le long des vaisseaux iliaques et de la veine cave. Mais il est clair que cette pathogénie ne peut s'appliquer à tous les cas

de fibromes du mésentère, puisque sur 7 cas on en a trouvé deux chez l'homme. De la thèse d'Augagneur (1886) à 1894, Masset n'en a trouvé que 8 observations (*Thèse* de Lille, 1894). Mon observation était donc intéressante à vous signaler.

M. Hartmann. — La pièce que vient de nous présenter notre collègue Guinard est des plus intéressantes, mais je ne crois pas qu'on puisse admettre son interprétation et la considérer comme un fibrome utérin partiellement calcifié et ayant migré en arrière du côlon jusque dans le méso-côlon iliaque. A l'œil nu déjà il semble que ce soit une tumeur à tissus multiples; les parties dures ne ressemblent pas à un fibrome calcifié mais bien réellement à du tissu osseux; à côté on voit des parties d'apparence cartilagineuse. Aussi je crois qu'un examen microscopique portant sur diverses parties de la tumeur est nécessaire pour en établir la nature. *A priori*, je serais tenté de la rapprocher de tumeurs plus haut placées en arrière du côlon, englobant souvent le rein et dont nous avons avec Lecène rassemblé un assez grand nombre d'observations (1). Les tissus entrant dans la composition de ces tumeurs sont multiples, nous y avons même trouvé des débris du corps de Wolff; aussi croyons-nous qu'il y a lieu de regarder comme d'origine embryonnaire ces tumeurs qui se développent en arrière du péritoine postérieur, le plus souvent en arrière des côlons.

M. Potherat. — Je rappelle que j'ai présenté jadis à la Société une pièce et une observation analogues au cas que nous présente actuellement Guinard. Je n'avais point encore l'honneur de faire partie de la Société de chirurgie, mon observation fut renvoyée à une Commission dont M. Routier fut nommé rapporteur. Avant que le rapport n'ait paru, j'étais nommé membre de la Société de chirurgie, et l'observation resta aux archives.

La tumeur que je présentai pesait 5 kilogrammes; elle avait pour origine le mésentère, le méso de l'intestin grêle. Après incision du feuillet gauche du mésentère, je pus énucléer en totalité cette énorme tumeur; elle n'avait point de pédicule, et elle laissa une surface cruentée, sur laquelle je n'eus à faire aucune ligature vasculaire. Je dois dire que des adhérences s'étaient faites à travers son revêtement mésentérique, entre cette tumeur et le grand épiploon, dont les vaisseaux avaient pris un très grand développement, et que je dus réséquer au préalable.

La tumeur ne présentait pas de calcification, mais elle était

(1) Voir : Les tumeurs de la capsule adipeuse du rein, par Hartmann et Lecène, in *Travaux anatomo-cliniques*, première série.

dure, solide, et, à la coupe, elle présentait l'aspect macroscopique d'un fibrome.

Cependant, l'examen histologique pratiqué par mon ami Hallé, et qui était joint à l'observation, a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire.

Il s'agissait bien d'une tumeur maligne, car elle a récidivé, et la malade a succombé à une sarcomatose abdominale cinq ans après. Je m'associe donc à la remarque d'Hartmann pour inviter mon ami Guinard à faire pratiquer un examen histologique des principaux points de la tumeur qu'il nous présente.

Production cornée implantée sur la muqueuse de la lèvre supérieure.

M. Villemin. — Les cornes sont des bizarreries pathologiques dont on a jusqu'à présent publié assez de cas pour qu'il paraisse superflu de retenir l'attention de la Société à leur propos. Ce sont presque toutes des productions nées sur la peau de la face surtout, et quelquefois des membres. Mais sur les muqueuses proprement dites, elles sont d'une extrême rareté. On en voit pourtant sur la muqueuse balanique; il y a quatre ou cinq ans, j'en ai observé une de ce genre, dont l'origine me paraît intéressante à rappeler : elle existait sur l'extrémité du gland d'un homme qui, en 1870, avait eu la verge fendue par la lance d'un uhlan; quelques mois après, elle avait apparu sur la cicatrice, et, de temps à autre, le patient en rognait l'extrémité à l'aide d'un canif lorqu'elle devenait gênante par ses dimensions. On peut faire toutes sortes d'hypothèses sur la pathogénie de ces productions, mais, dans le cas particulier, on doit se demander si la lance allemande n'avait pas greffé dans la muqueuse balanique des cellules de la peau, et, en particulier, d'une matrice unguéale prise sur un autre blessé.

Toujours est-il qu'à part les cornes développées sur le gland, on n'en observe presque jamais sur les autres muqueuses; toutefois, les auteurs signalent les cas exceptionnels d'implantation sur la conjonctive et sur la langue.

Celle que je vous présente provient du bord libre de la lèvre supérieure d'un vieillard de soixante-dix ans. Je n'ai trouvé nulle part de fait analogue au point de vue du lieu d'implantation. Née loin du limbe, en pleine muqueuse labiale, elle fut arrachée deux ou trois fois par le malade et récidiva naturellement. Elle mesure 3 centimètres et demi de long sur 1 centimètre et demi de large.

Polype fibreux de l'utérus. Fibrome de la paroi antérieure du vagin.

M. Routier. — Il y a quelque temps, notre collègue Potherat nous apportait une tumeur du vagin, sur la nature et les connexions de laquelle il planait un grand vague. Plusieurs d'entre nous ont alors parlé de fibrome possible du vagin.

Je vous apporte aujourd'hui un bel exemple de fibrome du vagin, coïncidant avec un polype fibreux de l'utérus.

Mme M..., âgée de quarante-huit ans, m'est adressée par un de mes confrères, pour des pertes de sang qui l'ont réduite à un état vraiment inquiétant. Elle est pâle, jaune, exsangue.

On sent, dans le vagin, un gros polype fibreux procident, et aussi dans la paroi antérieure, sur la gauche, une tumeur sous-muqueuse grosse comme une noix.

L'état de la malade est tel, qu'au premier abord je me demande si c'est du fibrome pur et s'il n'y a pas coïncidence de cancer.

Le 13, j'enlève ce polype fibreux par morcellement vu son gros volume, puis j'incise la muqueuse vaginale au niveau de la tumeur, et j'énuclée un fibrome comme une noix; un point de suture ferme cette plaie.

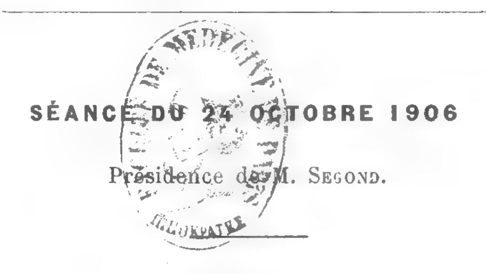
La malade est en excellente voie de guérison.

Le Secrétaire annuel,

Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1906



Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. CHARVOT, membre correspondant de notre Société, qui donne sa démission parce qu'il est empêché de prendre part à nos travaux.

3°. — Un mémoire adressé pour le concours du prix Laborie, ayant pour sujet :
Etude sur les sigmoïdites et les périsigmoïdites, avec la devise : « Rien n'est plus commun que les bonnes choses, il n'est question que de les discerner. »

4°. — Un travail présenté pour concourir au prix Marjolin-Duval, par M. CHEVASSU, et intitulé : *Des tumeurs du testicule.*

A propos de la correspondance.

M. BROCA dépose sur le bureau de la Société un travail de M. GAUDIER, intitulé : *Un cas d'actynomycose du maxillaire droit chez un enfant*, etc. — Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. BROCA est nommé rapporteur.

M. SEGOND dépose, au nom de M. DIEULAFÉ, un travail intitulé : *Néphroptose et scoliose réflexe*. Ce travail est renvoyé à une Commission, dont M. BROCA est nommé rapporteur.

M. le secrétaire-général donne lecture à la Société du travail suivant, adressé à la Société par M. le Dr Leclerc, membre correspondant.

Calcul du canal de Wharton. Expulsion spontanée.

Il y a trente ans, le professeur Richet a dû faire allusion à cette expulsion des calculs salivaires, à propos d'une opération pratiquée dans son service, en 1875. Dans les bulletins de l'Académie de médecine aussi bien que dans ceux de la Société de chirurgie de cette époque, j'ai cherché, mais en vain, trace de cette communication. Et cependant, le 1er février 1876, M. E. Hardy avait présenté à l'Académie l'analyse du calcul extrait par M. Richet l'année précédente (1).

Depuis lors, il n'existe vraisemblablement que trois observations se rapportant à l'expulsion spontanée des calculs du canal de Wharton.

Les deux premières sont celles de Bertin, de Gray, et de Labordette, de Nice, consignées dans les Bulletins de la Société de chirurgie de 1878. Dans les deux cas, le mal fut pris pour une fluxion dentaire, comme dans l'ancienne observation de Dourlens en 1837, et se termina par le rejet du calcul, à la suite d'une poussée inflammatoire.

En 1895, dans le *British medical Journal*, Sheild faisait paraître l'observation d'un homme de trente ans qui présentait sur le plancher de la bouche une induration datant de vingt mois, fort douloureuse, avec gonflement concomitant de la région sous-maxillaire. L'affection ressemblait absolument à un épithélioma adhérent au maxillaire inférieur et propagé aux ganglions. Toutefois, on soupçonna un calcul en raison du gonflement du cou qui survenait après les repas, et cette hypothèse fut vérifiée, grâce à une aiguille exploratrice qui vint buter contre un corps dur.

Le malade se refusa dès l'abord à toute opération. Mais deux mois après, l'apparence était devenue si mauvaise que personne n'hésita à diagnostiquer un cancer. Au moment où l'intervention allait être tentée d'urgence, le malade élimina un volumineux

(1) Le travail du professeur Richet est mentionné, sans indication bibliographique, dans la *Revue des sciences médicales*, t. VIII, p. 306.

calcul avec un flot de liquide salivaire retenu en amont; dès lors, tout rentra dans l'ordre.

Voici maintenant mon observation.

M. D..., cinquante-sept ans, propriétaire, me consulte le 26 octobre 1905 pour une tuméfaction qui s'est développée très rapidement dans la région sous-maxillaire gauche, s'accompagnant de sialorrhée et d'irradiations névralgiques vers l'isthme du gosier du même côté.

Cette tuméfaction siège exactement au niveau de la glande sous-maxillaire; elle a le volume d'un œuf de pigeon, est douloureuse à la pression, sans qu'il existe de l'altération de la peau à son niveau. Le plancher de la bouche n'est le siège d'aucun gonflement. Le malade éprouve de la gêne masticatoire; et, comme il a été forcé de se mettre au régime liquide, il n'a pas remarqué d'exaspération de la douleur au moment des repas.

J'avoue ne pas avoir pensé à la présence d'un calcul, étant donné le résultat négatif de la palpation pratiquée sur le plancher buccal.

J'ai revu le malade le 7 juillet dernier. J'appris alors que les phénomènes fluxionnaires constatés en octobre avaient disparu au bout de quatre ou cinq jours, mais avaient laissé à leur suite un peu de sensibilité au point primitivement atteint. A deux reprises différentes, dans le courant de l'hiver, il y avait eu comme un retour offensif des accidents; toutefois ces derniers étaient restés à l'état d'ébauche. Le 26 juin, le gonflement se reproduit à nouveau, avec la même intensité que la première fois.

La tuméfaction était toujours sous-maxillaire, du volume sus-indiqué, douloureux à la pression, d'une consistance rénitente dans toutes ses parties, offrant à une palpation attentive une sorte de lobulation. Un doigt de la main gauche introduit sur le plancher de la bouche, deux doigts de la main droite maintenant la région sous-maxillaire, ne donnaient aucune sensation spéciale. Lorsqu'on examinait *de visu* le plancher, on le trouvait plein de salive, et il était impossible d'apprécier si cette salive venait en plus grande quantité du côté droit que du côté gauche. L'ostium du canal de Wharton à gauche présentait peut-être un peu plus de turgescence que son congénère opposé. Il y avait des irradiations douloureuses du côté de la gorge, voire même dans l'oreille gauche, et, comme la première fois, une sialorrhée abondante nécessitant une sputation continuelle.

Cette fois, je pensai à un calcul. Mais, comme je n'avais pas sous la main de stylet convenable, comme surtout le malade

éprouvait de la gêne pour ouvrir la bouche du fait d'une contracture de la mâchoire, je m'abstins de cathétériser le Wharton et je renvoyai M. D..., en lui recommandant de me revenir voir lorsque les phénomènes auraient disparu.

Il revenait le 28 juillet. La glande sous-maxillaire était très réduite de volume; mais elle était encore un peu sensible à la pression profonde et donnait encore au toucher la même sensation lobulée constatée trois semaines auparavant. Inutile de dire qu'il n'était plus question de douleurs à distance et de gêne masticatoire.

Comme j'avais émis à ma précédente consultation l'hypothèse d'un calcul, le malade, en fouillant dans la poche de son gilet, me dit : « Docteur, je vous apporte votre diagnostic ». Et il me montra un calcul éliminé spontanément le 15 juillet. Ce jour-là, tout d'un coup, M. D... dit à sa fille : « Regarde donc ce que j'ai sous la langue ». La jeune femme ne fut pas peu surprise d'apercevoir et de cueillir une pierre blanche comme de la chaux. Immédiatement tous les accidents avaient disparu; toutefois, il restait encore un peu de sialorrhée.

Examen du calcul. — Le calcul est blanc, avec, de place en place, des taches couleur crème. Il a une forme ovoïde : l'une des extrémités est irrégulièrement conique; l'autre, plus volumineuse, présente une dépression en cupule, sorte de déformation par pression réciproque, comme si un autre calcul existait dans les conduits salivaires. La surface est un peu mûriforme et se trouve légèrement coupée sur l'une des faces par une rainure transversale mesurant 8 millimètres.

Il pèse exactement 1 gramme. La longueur, prise au compas d'épaisseur, est de 12 millimètres; le diamètre transversal mesure 9 millimètres; la circonférence est de 32 millimètres.

En résumé, chez mon malade, le calcul qui n'avait jamais occasionné de variations de volume de la glande au moment des repas, traduisait sa présence par des poussées de grenouillette aiguë avec contracture légère de la mâchoire et irradiations névralgiques. Ces douleurs à distance ont d'ailleurs été signalées, en pareille occurrence, par Delézy (*Revue de thérap. méd. chir.*, 1853, p. 75), et par Newcome Royle (*The Lancet*, 1877, vol. II, p. 888).

A l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur l'invagination intestinale.

M. Mauclaire. — Dans la courte discussion à propos de l'invagination intestinale il a été question de la *récidive* de cette variété d'occlusion et du *traitement préventif de cette récidive*; c'est à ce propos que je crois intéressant de rapporter le résumé de deux observations que j'ai déjà publiées (Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, Rouen, 1904).

Dans le premier cas il s'agit d'un jeune enfant, âgé de deux ans, que j'ai eu à soigner en juillet 1902 dans le service de Brun, que je remplaçais à l'hôpital des Enfants-Malades. Les symptômes d'invagination étaient nets depuis deux jours (vomissements, selles sanguinolentes, etc.), on sentait dans la fosse iliaque gauche une tumeur oblongue descendant vers le pelvis. La laparotomie latérale montra que le côlon descendant était invaginé dans l'S iliaque; la désinvagination fut facile. Les suites opératoires furent régulières pendant quinze jours; alors survinrent des symptômes qui montraient la récidive au même point, ce que confirma une nouvelle laparotomie. Je me proposais pour éviter une nouvelle récidive de faire une fixation à la paroi abdominale latérale du mésocôlon et du côlon, c'est-à-dire une *mesopexie* et une *colopexie préventives* assez étendues; mais les lésions de l'intestin nécessitèrent une résection intestinale. J'ajouterai que, au cours de cette deuxième laparotomie, je pus constater sous mes yeux la formation d'invaginations multiples sur le côlon ascendant et sur l'intestin grêle; du fait de la contraction intestinale je vis se former 7 à 8 invaginations descendantes ayant 2 ou 3 centimètres de longueur. Des portions d'intestin contractées ou contracturées pénétraient sans effort dans des parties sous-jacentes parésiées ou paralysées. Les invaginations secondaires étaient faciles à réduire, mais elles se reproduisaient aussitôt. Malheureusement l'enfant succomba vingt-quatre heures après cette deuxième intervention.

Dans le deuxième cas que j'ai eu à observer il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans, entrée à l'hôpital A. Dubois en décembre 1903. Dix-huit mois auparavant elle avait eu une première crise évidente d'occlusion par invagination. La récidive actuelle datait de huit jours. A l'ouverture du ventre je trouve de l'ascite sanguinolente avec fausses membranes suppurées et une invagination à la fin de l'intestin grêle. La désinvagination fut impossible, je dus faire une résection intestinale étendue suivie d'entéro-anastomose latérale. La malade succomba le lendemain de l'opé-

ration. L'examen de la pince montra que le segment invaginé avait 25 centimètres de longueur. Il y avait un petit polype muqueux intestinal au-dessus du point d'invagination.

Ce sont les deux seuls cas d'invagination que j'aie observés, et il s'agit de cas récidivants.

M. H. Toussaint, *membre correspondant.* — J'ai l'honneur, à propos du rapport de M. Broca, sur le travail de M. Dieulafé « Appendicite compliquée de phlébite du membre inférieur gauche », de vous soumettre l'observation suivante :

Appendicite. Phlébite tardive du membre inférieur gauche compliquée d'embolie. Abcès péri-appendiculaire, laparotomie, drainage. Guérison.

Je viens d'opérer à l'hôpital Bégin un jeune lieutenant entré le 8 juillet dernier pour appendicite aiguë, à signes classiques des plus nets, remontant *à moins* de quarante-huit heures.

Cet officier, dont c'était la première atteinte, après avoir suivi le traitement médical, qui avait semblé assurer la résolution intégrale de la tuméfaction constatée alors dans la fosse iliaque droite, allait partir en congé de convalescence, quand, le 20 août, six semaines après la poussée de l'appendicite, il nous fit constater de l'œdème douloureux du pied et de la jambe gauches.

Il s'agissait d'un début, presque apyrétique, d'une phlébite, qui gagna rapidement la base du triangle de Scarpa.

La médication iodurée et les onctions mercurielles parurent aider, ou, au moins, coïncidèrent avec le retour du membre au volume normal et avec la guérison apparente, lorsque le 9 octobre dans la matinée, au quarantième jour de la phlébite, ce lieutenant, qui avait scrupuleusement gardé le repos dans le décubitus horizontal, tout son membre enveloppé de ouate, accusa avec 38°2, un pouls de 112, et plusieurs frissons, un nouveau réveil atrocement douloureux dans l'hypocondre droit, s'accompagnant de nausée, d'angoisse, de pâleur syncopale, de sueur profuse.

Nous constatons dans la soirée avec M. le médecin-chef Radouan, que la température 39°4, le pouls 128, filant, très faible, irrégulier, les bruits du cœur éloignés, presque éteints, la voix blanche, deviennent le syndrome alarmant de l'embolie cardio-pulmonaire.

De son côté, l'infection générale se trahit par la teinte subictérique des conjonctives et la présence de bile et d'albumine dans l'urine.

Malgré la diète absolue et la permanence de vessies de glace sur l'abdomen déjà ballonné, la douleur, plus exaltée encore au point de Mac Burney, arrache des cris au malade, qui se sent perdu, atteint de péritonite.

Le 13, sans plus tarder, ayant peut-être pendant quatre jours déjà

trop longtemps hésité, je pratique la laparotomie, et l'incision de Roux me met en face d'un péritoine très épaissi, infiltré, qui limite une poche renfermant environ 250 grammes de sérosité purulente à relent fécaloïde.

L'index, prudemment promené, ne nous donne pas la sensation du contact de l'appendice, aussi l'intervention se borne-t-elle au large drainage.

Le soir, la température est 37°7 ; dès le lendemain, elle reste hypothermique 36°3 à 36°8, malgré l'injection quotidienne d'un litre de sérum à 40 degrés.

Aujourd'hui la plaie bourgeonne sous la moindre réaction inflammatoire, l'état général est parfait, la guérison définitive semble assurée.

Messieurs, dans notre milieu hospitalier militaire, l'interventionniste à chaud, de parti pris, que j'ai toujours été, parce que j'en ai obtenu d'excellents résultats, me semble avoir trop beau jeu, pour qu'il ne soit pas de son devoir d'engager instamment ses malades à se laisser opérer, puisque nous avons l'heureuse fortune de les avoir en traitement dans nos salles vingt-quatre, quarante-huit heures au plus tard, après le début de leur appendicite.

C'est par cette chirurgie d'urgence, je dirai même d'extrême urgence, que s'obtient et se réalise la satisfaction d'aller au-devant des complications les plus graves.

J'aime à croire que, dans ce cas spécial, si l'appendicectomie à chaud avait été tentée le 8 juillet, moins de quarante-huit heures après le début, le chirurgien n'aurait pas, le 13 octobre, plus de trois mois après, eu le devoir absolu de ne pas laisser mourir, les bras croisés, cette appendicite qui avait, suivant l'expression de M. Richelot, si mal tourné.

L'infection chez mon opéré avait, en effet, touché le foie, les reins et la veine fémorale gauche.

Nettement, il ressort de votre discussion que si cette dernière localisation est bien connue, elle est, en revanche, le fait d'une pathogénie encore imprécise (Société de chirurgie, 17 octobre 1906).

L'exemple que je vous apporte, de retard dans la recherche d'un appendice qui en était à sa première atteinte morbide, prouve le bien fondé de la remarque de Petit, qui, en 1902, dans sa thèse sur la mort subite dans l'appendicite, inspirée par M. Guinard, s'exprime ainsi : « Que de cas où la thrombose ne se serait pas formée, si le chirurgien avait pu intervenir après le premier accès ! Car, il est bien certain, et d'une logique absolue, que si des phlébites consécutives à l'infection appendiculaire peuvent se produire, même après l'opération, à plus forte raison il

est dangereux de laisser persister un foyer infectieux capable de produire la thrombose des veines voisines. »

De leur côté, dans une note sur la phlébite du membre inférieur gauche au cours de l'appendicite, parue en 1901 dans la *Revue de Chirurgie*, MM. Villard et Vignard se reprochent de ne pas être intervenus assez tôt dans leur première observation; peut-être ainsi auraient-ils évité les accidents présentés par le malade dans la suite: phlébite du membre inférieur gauche et infarctus pulmonaire!

Et, pour essayer de résoudre le problème clinique en face duquel je viens aussi de rester si perplexe, ils ajoutent, leur malade ayant succombé à la suite de l'opération trop tardive: « Comment faut-il se comporter, lorsque la phlébite survient, avant qu'une opération ait été dirigée contre le foyer appendiculaire? »

Nous croyons, répondent-ils, que la thrombose ne constitue nullement une contre-indication opératoire, à la condition toutefois de prendre les précautions nécessaires pour éviter de déplacer un fragment du caillot veineux ; aussi pourra-t-il être sage, si le foyer appendiculaire ne réclame pas une intervention absolument immédiate, de retarder celle-ci de quelques jours, si l'apparition de la phlébite est de date trop récente.

Bien loin de moi la pensée qu'une intervention hâtive nous mettra *sûrement* à l'abri de l'embolie; mais vraiment la présence d'un foyer appendiculaire, dont la virulence vient de faire sa preuve phlébitique, ne peut naturellement qu'augmenter l'imminence, la fréquence et la répétition de la mobilisation d'un caillot.

En conséquence, n'y a-t-il pas lieu d'être convaincu qu'il est du devoir absolu du chirurgien, en prévision de ce danger, d'aller, sinon enlever l'appendice malade, car il n'est pas toujours facilement abordable, du moins, d'ouvrir au plus tôt et de drainer largement tout foyer infectieux appendiculaire, même et surtout au début de la phlébite des membres inférieurs, et sans temporiser jusqu'à la résolution, puisque l'appendice est et reste toujours la cause, la phlébite n'en étant qu'un des effets?

Je ne parlerai enfin de la thrombo-phlébite mésaraïque, dont le diagnostic ferme ne se confirme habituellement qu'à l'autopsie, que pour arrêter encore l'attention sur ce point, hors, je pense, de toute contestation, que le traitement idéal préventif de cette phlébite elle-même restera aussi l'appendicectomie hâtive, très-hâtive, la *frühoperation* de nos voisins d'outre-Rhin (Sprengel, *Arch. f. klin. Chir.*, 1906).

Sur les tumeurs du vagin.

M. POTHERAT. — A la fin de la dernière séance, notre collègue Routier nous présentait un « fibrome » du vagin, et à cette occasion il s'exprimait en ces termes :

« Il y a quelque temps, notre collègue Potherat nous apportait une tumeur du vagin sur la *nature* et les *connexions* de laquelle il planait un *grand vague*. Plusieurs d'entre nous ont alors parlé d'un fibrome possible du vagin. »

Je demande à mon excellent collègue et à ceux qui le liront la permission de les renvoyer au procès-verbal des séances des 11 et 25 juillet dernier. Ils y trouveront minutieusement exposés, l'aspect, le volume, le siège, l'évolution clinique de la tumeur que je vous ai présentée, ainsi que les résultats de l'intervention ; ils trouveront enfin une analyse histologique du néoplasme venant s'ajouter à sa description macroscopique. Je ne doute pas qu'après la lecture de ma description il ne subsistera dans leur esprit aucun *vague sur les connexions* et la *nature* de la tumeur que j'ai présentée et qui est un bel exemple de tumeur solide du vagin.

En ce qui concerne le cas actuel de Routier, il ne nous dit pas s'il s'agit d'un fibrome vrai, pur, ou d'un fibromyome. Rien d'étonnant, en effet, à ce qu'on observe des fibromyomes dans les parois vaginales. J'en ai moi-même observé un cas où la tumeur grosse comme une mandarine siégeait dans la cloison recto-vaginale. Les parois du vagin contiennent des fibres musculaires lisses, et, en principe, au moins, partout où il y a des fibres musculaires lisses on peut observer des fibromyomes; on en trouve jusque dans les parois de l'intestin. Mais je crois que les fibromes vrais, purs, si tant est qu'on les observe dans les parois du vagin, sont d'une extrême rareté.

Quoi qu'il en soit, les tumeurs solides du vagin sont assez rares pour mériter d'être signalées, et celle, en particulier, que je vous ai présentée en juillet, était, je crois, suffisamment digne d'intérêt par son volume, les accidents qu'elle déterminait et par sa nature histologique.

Rapports.

Tuberculose hypertrophique de la partie terminale de l'iléon,
par M. MICHON.

Rapport de M. HENRI HARTMANN.

Vous connaissez tous la *forme hypertrophique et sténosante de la tuberculose cæcale*, la plus intéressante, pour le chirurgien, des formes de tuberculose observées dans cette région ; les nombreuses observations, que vous avez apportées à cette tribune au cours de la discussion de l'an dernier, ont contribué à fixer la plupart des points de l'histoire de cette maladie, dont les premières observations françaises ont été publiées d'une part à la Société anatomique, en 1891, par mon regretté ami Pilliet et par moi, d'autre part, à la Société de chirurgie en 1892, par mon maître le professeur Terrier.

Vous savez tous que cette forme spéciale de tuberculose semble débuter par le cæcum, que ses lésions s'arrêtent d'une manière générale très exactement aux bords de la valvule iléo-cæcale, que, dans les cas, exceptionnels du reste, où l'ulcération s'étend à la partie adjacente de l'iléon, le processus hypertrophique reste limité au cæcum et que, dans ceux où la tuberculose hypertrophique s'étend, c'est vers le côlon qu'elle le fait, suivant une marche en quelque sorte descendante.

Aussi le cas que nous a communiqué notre collègue des hôpitaux M. Michon, et qui a trait à une malade opérée dans mon service, est-il des plus intéressants, car il s'agit d'une *tuberculose hypertrophique* qui, contrairement à la règle, *était limitée aux 5 derniers centimètres de l'iléon* et ne s'accompagnait d'aucune lésion de cæcum.

OBSERVATION. — Femme de vingt-six ans, entrée le 21 juillet 1905 dans le service de M. Hartmann, à l'hôpital Lariboisière, salle Lailler. Huit jours auparavant, le soir après dîner, elle avait été brusquement prise d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite et de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. La douleur resta très aiguë durant quarante-huit heures; un médecin appelé porta le diagnostic appendicite et fit faire une application de pommade au collargol. Durant ce temps, la malade fut constipée; il n'y aurait pas eu de fièvre. La crise, survenue sans cause occasionnelle apparente, en dehors des règles, cessa au bout de trois jours et tout redevint normal, sauf une douleur persistante dans la fosse iliaque.

Trois mois auparavant, il y avait déjà eu une crise analogue, avec douleurs et vomissements, ayant duré un peu moins longtemps. En dehors de cela, la malade ne présente aucun passé pathologique important; c'est à peine si, interrogée à nouveau, elle nous dit que, depuis un an, elle avait parfois quelques douleurs vagues dans le côté droit. Constipation habituelle; état de dyspepsie assez marquée.

Cette jeune fille n'a jamais eu de bronchite, ni de pleurésie; elle a été opérée, il y a huit ou neuf ans, à Lausanne, pour des ganglions du cou. Réglée à douze ans et demi, toujours d'une façon normale ; parfois pertes blanches durant une huitaine de jours, après les époques.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, les seuls symptômes persistants étaient : une douleur réveillée par la pression et siégeant exactement au point de Mac Burney, un certain degré de contraction du muscle droit de ce côté pendant la palpation et une tuméfaction peu volumineuse que l'on rapporta au reliquat d'un plastron inflammatoire. Pas de ballonnement du ventre, pas de fièvre. Le diagnostic que je portais fut appendicite; aussi je laissais la malade au lit, attendant quelques semaines avant d'intervenir.

Le 7 août, elle était opérée par M. Michon avec l'aide de mon interne, M. Okinczic. Position demi-déclive ; incision latérale, ouvrant la partie externe de la gaine du muscle droit, puis le péritoine. On reconnaît alors, au niveau de la région iléo-cæcale, une tumeur allongée, dure, en forme de boudin, fixée en dehors et en arrière à la fosse iliaque, mais sans adhérences à la paroi abdominale antérieure. L'incision pariétale est agrandie jusqu'à atteindre une longueur de 12 centimètres.

Les adhérences à la fosse iliaque en dehors sont libérées et le péritoine incisé le long et en dehors du cæcum. On sent alors contre la paroi et dans le mésocôlon deux ganglions de la dimension d'un gros haricot, qui sont enlevés séparément.

La tumeur est alors bien mobilisable et peut être amenée au dehors du ventre.

Section de l'intestin grêle entre deux pinces à mors élastiques; section de même entre deux pinces du côlon ascendant. Extirpation de la portion malade, des pinces étant mises à demeure sur les points saignants du mésentère, puis remplacées par des ligatures au catgut.

Fermeture de l'intestin grêle par un double surjet à la soie fine, l'un total, l'autre séro-séreux; même fermeture du côlon ascendant. Anastomose latéro-latérale de l'iléon et du côlon ascendant. La longueur de la bouche anastomotique est de 4 centimètres. L'incision du côlon est faite sur la bandelette longitudinale antérieure ; les orifices sont réunis par un double surjet à la soie, l'un total, l'autre séro-séreux ; quelques points de catgut fixent le mésentère au mésocôlon. Un drain est placé au niveau de la surface cruentée résultant de la libération des adhérences à la fosse iliaque. Suture des deux feuillets de la gaine du droit par un surjet au catgut ; suture cutanée aux crins.

Les suites opératoires furent très simples ; la température vaginale la plus élevée fut de 38 degrés, le troisième jour ; quelques vomisse-

ments pendant les deux premiers jours; gaz par l'anus au bout de quarante-huit heures. Le drain est supprimé le troisième jour; les crins sont enlevés le huitième. Pas de lavement; une purgation le cinquième jour; régime lacté pendant une semaine.

La malade sort guérie le 3 septembre. Elle est revue le 8 décembre; depuis l'opération, il n'y a plus eu de douleurs de ventre, les fonctions intestinales sont normales; pas de coliques, pas de diarrhée. Augmentation de poids de 3 kilogrammes (la malade pèse actuellement 61 kilogrammes). La cicatrice ne présente ni chéloïde, ni éventration. Les ganglions iliaques ne sont pas perceptibles à la palpation; mais un ganglion sous-maxillaire a augmenté dans ces derniers temps et a le volume d'une petite amande.

Examen anatomique de la pièce. — La longueur de l'intestin grêle enlevé est de 19 centimètres, celle du gros intestin de 9. La surface extérieure du cæcum est normale, sauf au niveau des adhérences rompues; la fin de l'intestin grêle est, au contraire, blanchâtre et, par places, jaunâtre par suite de dépôts lipomateux.

C'est lui qui, à la palpation, est induré et donne la sensation de tumeur; l'induration semble se continuer sur le cæcum, mais celui-ci, en réalité, est sain ainsi que le côlon; c'est la valvule de Bauhin, épaissie, que l'on sent par la palpation à travers ces parois. Le calibre intérieur de l'intestin grêle est diminué; mais la valvule iléo-cæcale laisse encore passer le petit doigt. Le cæcum est très atrophié.

La pièce est incisée par son bord antérieur; on constate alors que l'intestin grêle et la valvule iléo-cæcale sont seuls épaissis; cet épaississement atteint 12 millimètres. Les lésions se continuent sur une longueur de 5 à 6 centimètres à partir de l'angle iléo-cæcal; puis brusquement la paroi intestinale reprend son aspect normal, son épaisseur et sa consistance. La valvule de Bauhin est épaissie, déformée, et fait une saillie circulaire dans le cæcum. Au niveau des lésions, la muqueuse n'est pas ulcérée, mais a une surface granuleuse et irrégulière; les valvules conniventes y sont effacées. Le cæcum et le côlon ont leur aspect normal.

L'appendice, en position postéro-externe, est volumineux, d'une longueur de 7 centimètres, mais ne paraît pas malade; son méso est graisseux et épaissi; de même le pli iléo-cæcal antérieur est très épais. Au cours de l'opération, on a pu constater que le péritoine ne présentait pas de granulations tuberculeuses et qu'il n'y avait pas d'ascite. Des ganglions, perdus dans la graisse, en arrière du cæcum, ont été enlevés avec l'intestin; le plus volumineux a la taille d'une grosse noisette; ils sont rouge piqueté à la coupe.

L'examen microscopique a été fait par mon asssistant M. Lecène, qui nous a remis la note suivante :

1° Les coupes de l'intestin grêle, dont la paroi est très épaissie, montrent une infiltration en masse de toutes les tuniques intestinales.

La muqueuse est conservée; on reconnaît ses glandes et ses follicules; mais la sous-muqueuse, et surtout la musculaire, sont complète-

ment infiltrées par des follicules tuberculeux contenant de nombreuses cellules géantes et de vastes zones de caséification.

Les fibres musculaires sont à peine reconnaissables par endroits, dissociées par l'infiltration tuberculeuse. Dans la sous-séreuse, on retrouve des follicules tuberculeux mais moins nets; ce qui domine à ce niveau, c'est une infiltration embryonnaire avec lipomatose diffuse.

La recherche du bacille de Koch sur les coupes a été positive.

2° L'appendice iléo-cæcal ne présente pas trace d'inflammation tuberculeuse; on y trouve seulement une légère inflammation chronique sous-muqueuse mais aucun follicule tuberculeux.

3° Les ganglions du méso iléo-cæcal sont envahis par une tuberculose diffuse qui a fait disparaître presque toute trace de tissu lymphoïde; on y voit de vastes zones de caséification entourées de follicules tuberculeux avec cellules géantes nombreuses.

En résumé, il s'agit, dans ce cas, d'une tuberculose de la partie terminale de l'intestin grêle avec lésions pariétales prédominantes, sans ulcérations de la muqueuse; la réaction sclérogène est faible et l'abondance des zones de caséification, tant au niveau de l'intestin que des ganglions, témoigne d'un processus tuberculeux en pleine activité.

Cette observation, surtout intéressante au point de vue anatomo-pathologique, l'est aussi au point de vue clinique. Comme un certain nombre de tuberculoses cæcales, cette tuberculose hypertrophique de la partie terminale de l'iléon a simulé une appendicite. C'est le diagnostic que nous avions porté avant de partir en vacances et de confier notre service à mon ami Michon, qui intervint sans avoir lui, non plus, pensé à autre chose qu'à une appendicite. Il était, du reste, bien difficile d'éviter l'erreur. Même une fois la nature de la lésion reconnue par l'opération, il a été impossible de retrouver, par l'interrogatoire, l'histoire d'une lésion intestinale ancienne; il n'y avait jamais eu ni diarrhée, ni crise d'occlusion intestinale, ce qui s'explique puisqu'il n'y avait pas d'ulcérations de la muqueuse et que, d'autre part, le calibre de l'intestin, permettant l'introduction du doigt dans la partie malade, était suffisant pour le passage du contenu liquide du grêle. La tumeur peu volumineuse devait être prise pour un reliquat d'appendicite. Seule une observation attentive et prolongée, en faisant constater l'absence de modifications dans la tumeur, aurait peut-être pu faire soupçonner l'existence d'une lésion tuberculeuse. Nous n'y avons pas songé, pas plus que notre collègue Michon.

L'intervention pratiquée par ce dernier a été suivie d'un plein succès et s'est trouvée d'autant plus facile que les lésions, portant sur les 8 à 9 derniers centimètres de l'iléon, se présentaient dans de meilleures conditions opératoires que celles qui occupent le

cæcum et le côlon. Ce cas vient donc s'ajouter à ceux déjà nombreux qui plaident en faveur de l'opération radicale en présence de lésions tuberculeuses hypertrophiques de la région iléo-cæcale. M. Michon n'a fait que suivre, dans ce cas, la technique que nous avons déjà employée avec succès dans cinq cas de tuberculose hypertrophique du cæcum : résection, fermeture des deux bouts, iléo-colostomie latérale. Ces cinq observations paraîtront *in extenso* dans la quatrième série de nos *Travaux anatomo-cliniques*, actuellement en préparation.

Obs. I. — Femme de trente ans ; le 15 octobre 1898, résection, fermeture des deux bouts, anastomose iléo-cæcale latérale. Guérison.

Obs. II. — Homme de cinquante-deux ans; le 7 novembre 1902, résection, fermeture des deux bouts, anastomose iléo-colique latérale. Guérison.

Obs. III. — Homme de vingt-sept ans ; le 27 février 1903, résection, fermeture des deux bouts, anastomose iléo-colique latérale. Guérison.

Obs. IV. — Femme de trente-deux ans; le 11 novembre 1904, résection, fermeture des deux bouts, anastomose iléo-colique latérale. Guérison.

Obs. V. — Femme de cinquante et un ans; le 13 février 1904, résection, fermeture des deux bouts, anastomose iléo-colique latérale. Guérison.

Aussi croyons-nous devoir préconiser cette technique toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une tuberculose hypertrophique de la région iléo-cæcale, soit qu'il s'agisse, comme c'est le cas presque constant, de lésions du cæcum plus ou moins étendues au côlon, soit que, comme dans le cas exceptionnel de notre collègue Michon, on se trouve en présence de lésions tuberculeuses hypertrophiques occupant la fin de l'iléon.

M. Routier. — J'ai eu l'occasion il y a quelques mois d'opérer une malade qui avait été envoyée dans mon service après des accidents d'occlusion qui avaient fait croire à de l'appendicite.

Il ne me fut pas difficile de rectifier ce diagnostic, et la tumeur spéciale, mobile, me fit reconnaître une tuberculose du cæcum.

Mais contrairement aux cas que j'ai déjà vus ici, la lésion hypertrophique et sténosante portait surtout sur la fin de l'iléon, au moins sur 15 centimètres ; le cæcum était aussi malade, mais beaucoup moins. Je signale en passant l'énormité et la multiplicité des ganglions voisins que j'enlevai ; ils n'étaient pas encore suppurés.

Je pratiquai la résection iléo-cæcale très largement, je fermai les deux bouts et fis une anastomose latérale.

La malade guérit sans le moindre incident. Six semaines après,

il se produisait, sans fièvre, un abcès au niveau de la cicatrice, abcès qui venait de la profondeur, mais qui n'altérait pas la santé; après ces quelques mois il persista certaine petite fistule qui donna fort peu.

J'ai revu cette jeune femme ces jours-ci et crois devoir attendre avant de toucher à nouveau à cette malade.

M. Berger. — J'ai observé un cas très semblable à celui que nous a communiqué M. le Dr Michon. Il s'agissait d'une jeune fille atteinte de tuberculose iléo-cæcale : celle-ci avait été d'abord considérée et traitée comme une appendicite chronique; l'appendice extirpé au centre d'une masse d'adhérences n'avait pas paru tuberculeux. Les douze ou quinze derniers centimètres de l'iléon paraissaient seuls envahis par la tuberculose; les parois de l'intestin étaient extrêmement épaissies et son calibre presque complètement effacé. Le cæcum pris au milieu d'adhérences épaisses ne paraissait pas atteint par la tuberculose. L'iléo-colostomie pratiquée entre l'iléon et le côlon transverse étant restée insuffisante, je pratiquai l'exclusion de la partie terminale de l'intestin grêle, du cæcum et du côlon ascendant. Après une guérison apparente qui dura plusieurs mois, l'opérée finit par succomber à une généralisation tuberculeuse.

L'extirpation de la masse intestinale exclue, qui eût été bien préférable, avait paru impossible à cause de l'étendue des adhérences.

M. Hartmann. — Les deux cas que viennent de nous rappeler M. Routier et M. Berger sont intéressants, mais ne présentent pas les mêmes caractères que celui que nous a communiqué M. Michon. Dans leurs deux observations il s'agissait de lésions occupant à la fois le cæcum et la fin de l'iléon. D'une manière générale, en pareil cas, il y a lésion sténosante et hypertrophique du côté du cæcum, lésion surtout ulcéreuse de la partie terminale de l'iléon. Ce qui est particulier dans l'observation de M. Michon, c'est que les lésions hypertrophiques et sténosantes occupent les cinq à six derniers centimètres de l'iléon, s'arrêtant exactement aux bords de la valvule et laissant le cæcum indemne.

M. Berger. — J'ai cité le cas que je viens de rapporter pour montrer que la limitation de la tuberculose de la région iléo-cæcale à la partie terminale de l'intestin grêle est peut-être moins rare que ne paraît le croire M. Hartmann.

Grossesses extra-utérines non rompues de plus de quatre mois et demi, par M. le Dr L. LAPEYRE, chirurgien en chef de l'Hôpital de Tours.

Rapport de M. J.-L. FAURE.

Notre collègue Lapeyre, de Tours, a eu en peu de temps la bonne fortune de rencontrer quatre cas de grossesses extra-utérines non rompues de plus de quatre mois et demi.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui, à deux mois et demi, rejeta une caduque volumineuse. La grossesse ectopique n'en continua pas moins son évolution puisque ce n'est que vers le cinquième mois que le fœtus mourut. Deux mois après seulement apparurent des hémorragies utérines, des douleurs et des troubles divers qui se prolongèrent pendant deux mois encore, jusqu'à l'opération. Celle ci consista dans l'extirpation en bloc, qui fut d'ailleurs fort simple, de la poche fœtale et de son contenu.

Dans une seconde observation, il s'agissait d'une grossesse péritonéale ayant entraîné des accidents graves. La laparotomie permit d'extraire un fœtus de six mois environ, mort depuis quelque temps. Cette circonstance permit d'enlever le placenta, et la malade guérit en trois mois, après marsupialisation de la poche.

Dans un troisième cas, observé presque en même temps, il s'agissait d'une grossesse tubaire non rompue ayant atteint le huitième mois. Des vomissements incoercibles nécessitèrent l'intervention. Le diagnostic entre la grossesse normale ou la grossesse ectopique était hésitant. Au moment où on se décida à intervenir, à cause des vomissements, la dilatation et l'exploration de la cavité utérine montrèrent que cette cavité était vide. La laparotomie, pratiquée immédiatement, conduisit, après incision de la poche tubaire, sur l'insertion placentaire. Il fallut pour extraire le fœtus, qui d'ailleurs venait de mourir et ne put être ranimé, traverser le placenta. L'hémorragie abondante empêcha notre collègue de tenter son extirpation. Il fit sagement le tamponnement et la marsupialisation de la poche et s'en trouva bien, car sa malade guérit en quatre mois, non sans avoir présenté des accidents graves, pendant huit jours, et plus tard des phénomènes paralytiques qui s'étendirent aux quatre membres, mais finirent par disparaître.

Ces trois cas, tous trois suivis de guérison, sont très beaux. Mais le quatrième, qui lui aussi fut suivi de guérison, fut plus intéressant encore. Il s'agissait d'une femme de vingt-sept ans, mariée depuis

quatre ans. Elle avait eu une grossesse normale deux ans auparavant, puis une seconde grossesse qui se termina, elle aussi, par un accouchement normal, six semaines avant son entrée à l'hôpital de Tours, le 16 février 1903. Mais, au cours de cette grossesse, la malade avait constaté, à gauche, presque sous les fausses côtes, l'existence d'une tumeur. Son médecin, le Dr Deschand, la constata également, vit qu'elle était indépendante de l'utérus gravide et pensa à un kyste de l'ovaire. En l'absence de tout accident, aucune intervention ne fut conseillée.

Mais, aussitôt après l'accouchement, le Dr Deschand retrouva la tumeur, légèrement augmentée de volume. C'est alors qu'il envoya la malade à notre collègue Lapeyre, qui pensa, lui aussi, à un kyste de l'ovaire. La laparotomie montra que la tumeur était constituée non par l'ovaire, mais par la trompe. Il n'y avait aucune adhérence, le pédicule était long, l'extraction fut des plus simples, et la malade guérit sans le moindre incident.

La trompe contenait un fœtus de quatre mois, peu altéré, renfermé dans ses enveloppes. Il y avait aussi du liquide hématique et des caillots résultant d'une hémorragie intra-tubaire.

C'est là une observation tout à fait rare. Notre collègue se demande comment se sont développées ces deux grossesses simultanées. Y a-t-il eu grossesse utérine développée après la mort du fœtus ectopique? Cela est fort peu probable, car outre le peu d'altération du fœtus qui permet de penser qu'il n'était pas très ancien, la malade affirme très nettement n'avoir senti aucune tumeur avant le troisième mois de sa grossesse. Il est évident que cette tumeur eût pu exister sans que la malade s'en aperçût, mais c'est cependant là un signe dont nous devons tenir compte, comme aussi de l'augmentation apparente du volume de la tumeur au cours de la grossesse.

Y a-t-il eu, se demande encore notre collègue, grossesse utérine par superfétation au cours de la grossesse ectopique? C'est là une hypothèse toute gratuite. Je ne pense pas qu'il y ait d'ovulation et par conséquent de fécondation possible au cours d'une grossesse en évolution, cette grossesse fût-elle ectopique, et, dans ces conditions, je crois qu'il vaut mieux ne pas invoquer les théories obscures de la superfétation.

Il est beaucoup plus probable, comme le pense d'ailleurs notre collègue, qu'il s'agit là d'une grossesse gémellaire. Les deux fœtus se sont développés conjointement. Vers le troisième mois, le fœtus ectopique, ayant acquis un certain volume, est devenu perceptible à côté de l'utérus. Puis un mois après, il est mort et la grossesse utérine a continué son évolution normale. C'est là l'hypothèse la plus simple, la plus satisfaisante, la plus conforme à ce que nous

savons de la physiologie. Il est donc bien inutile d'aller en chercher une autre qui ne la vaut pas.

Ceci étant dit, je ne vois aucune conclusion particulière à tirer de cette série heureuse de belles opérations. Notre collègue a fait ce qu'il fallait faire, il a fait preuve d'un esprit de décision qui lui fait honneur. Il a été assez heureux pour guérir toutes ses malades. Nous devons l'en féliciter et ne pas l'oublier quand le moment sera venu de nous en souvenir.

Lectures

Cholédocotomie.

M. Duval. — Cholédocotomie pour membrane hydatique. Kyste rompu dans les voies biliaires. — Ce travail est renvoyé à une Commission, dont M. Quénu est nommé rapporteur.

Rupture de l'urètre.

M. Savariaud. — Rupture de l'urètre. — Renvoyé à une Commission, dont M. Legueu est nommé rapporteur.

Communication.

Kyste hydatique du foie, infecté par voie ascendante. Suppuration, puis ouverture du kyste dans les voies biliaires principales. Calculs secondaires. Cholécystectomie. Ouverture du cholédoque et de l'hépatique. Drainage. Évacuation de la cavité kystique. Mort à la fin de l'opération (5 juin 1906),

par M. TERRIER.

Mme R..., née T..., trente-neuf ans, habitant Clichy. Pas d'antécédents héréditaires. A neuf ans, accès fébriles, revenant tous les trois jours; ces accès cessent au bout d'un mois.

L'année suivante, réapparition des accès pendant quinze jours.

A quatorze ans, apparition des règles; elles durent quinze jours, avec perte de caillots. Depuis, elles sont régulières et durent huit jours, très douloureuses au début, si bien que la malade doit garder le lit les premiers jours de leur apparition.

Pertes blanches avant et après les règles.

Mariée à dix-sept ans, elle eut un enfant et s'engage comme nourrice. Les règles reparaissent et persistent malgré l'allaitement.

En 1887, c'est-à-dire un an après l'accouchement, douleurs abdominales très vives, siégeant au-dessus de l'ombilic; pertes verdâtres fétides; suppression des règles pendant quelques mois.

En 1888, la malade reste quatre mois à l'hôpital pour une métro-salpingite.

Vers 1892, à vingt-cinq ans, perte de l'appétit, amaigrissement, douleurs abdominales plus fréquentes, siégeant surtout à l'épigastre et dans l'hypocondre droit, où la malade a toujours une sensation de pesanteur.

En 1896, phlébite double, durant quatre mois.

En 1898, la malade est opérée d'une salpingite double.

Pendant un repas, en 1902, vomissement de sang subit. Depuis, fréquents vomissements alimentaires, contenant parfois un peu de sang.

Les douleurs abdominales persistent et prennent tous les caractères de coliques hépatiques. Elles reviennent par crises, se prolongeant quelquefois trois et quatre jours; apparition d'ictère il y a huit mois. Cet ictère a eu des phases de diminution et d'aggravation, mais il n'a jamais complètement disparu.

La malade entre à l'hôpital de la Pitié (clinique chirurgicale) le 28 mai 1906.

État actuel. — Cette femme présente une teinte ictérique assez marquée. Les matières intestinales sont entièrement décolorées. Pendant les quelques jours qui ont précédé l'opération, nouvelle poussée d'ictère, avec douleurs et accidents fébriles atteignant 39 degrés.

L'inspection de l'abdomen ne révèle rien d'anormal.

Par la palpation : hyperesthésie cutanée dans la région de l'hypocondre droit; plus profondément, la palpation éveille une douleur très vive dans toute la région comprise entre le rebord costal droit et le bord externe du muscle droit correspondant. On constate, en ce point, une défense musculaire très accusée dans toute la région sus-ombilicale droite, d'où difficulté de toute palpation profonde.

La percussion permet de constater une matité hépatique, ne dépassant pas la hauteur normale de l'organe; le bord inférieur du foie dépasse d'un travers de doigt le rebord costal. Constatation, sous le rebord costal, d'une tumeur arrondie semblant être la vésicule distendue.

La rate est normale.

La température, à 38 degrés, lors de l'entrée de la malade le 28 mai, tombe à 37 degrés le 30, pour atteindre 39 degrés le 31. Elle tombe de nouveau à 37 degrés le 1er juin, puis remonte les 3 et 4 juin à 39 degrés, 39°5.

L'opération fut décidée pour le 5.

La quantité des urines était diminuée : 700 centimètres cubes par vingt-quatre heures, soit 25 gr. 60 d'urée par litre. Un peu d'albumine, pigments biliaires.

Opération. — Incision en baïonnette de Kehr. La vésicule, très distendue, atteint le volume du poing; on la ponctionne et on en retire environ 200 grammes de bile verte et fétide. Isolement de la vésicule, adhérente à sa face inférieure, avec l'épiploon et le duodénum. Sa face supérieure est séparée du foie.

Arrivé au niveau du sommet de la vésicule, la paroi se déchire et donne issue à un pus fétide, qui semble venir de l'intérieur du foie. La vésicule est sectionnée entre deux pinces de Kocher, au niveau de son col, après avoir protégé avec soin la cavité péritonéale. On aspire le pus qui semble sortir du foie et, avec le doigt, on constate l'existence d'une cavité d'abcès qui pénètre vers la partie centrale du foie, et dont le doigt ne peut déterminer la limite supérieure.

Le moignon du canal cystique est repéré et on le fend du côté du cholédoque. Avec l'explorateur métallique à boule olivaire, on pénètre dans le cholédoque jusqu'au duodénum. Puis, avec une curette, on retire une membrane hydatide, un magma de boue biliaire, du pus, des calculs et des hydatides.

Le cholédoque nettoyé, on remonte vers l'hépatique, qui est également obstrué. D'ailleurs, cet hépatique communique largement avec la poche de l'abcès intra-hépatique.

On met un drain non perforé dans l'hépatique et, à l'aide de 4 points de catgut, on rétrécit l'orifice où s'engage le drain.

Puis, on place un drain n° 30 dans le cholédoque, qui atteint presque les dimensions du duodénum.

Quatre mèches sont placées autour du drain.

La malade, qui s'affaiblissait depuis quelques minutes, cesse de respirer, malgré les injections d'éther et la respiration artificielle prolongée.

La durée de l'opération avait été de cinquante-cinq minutes.

Autopsie. — Le foie, peu volumineux, pèse 1.750 grammes; il est verdâtre extérieurement et rouge brun à la coupe.

L'estomac est normal; incision du pylore et du duodénum, et, de bas en haut, un cathéter du volume d'un crayon pénètre dans le cholédoque sans rencontrer d'obstacle. Ce canal se dilate à mesure que l'on remonte vers le foie. Incisant le canal hépatique, on y introduit une sonde cannelée, dont l'extrémité aboutit à une cavité des dimensions d'un œuf, irrégulière et présentant plusieurs prolongements. L'orifice qui fait communiquer cette cavité

avec le canal hépatique est arrondi, régulier, de 8 à 10 millimètres de diamètre.

En fait, la cavité kystique communiquait, en son point déclive, avec le canal hépatique.

Ce point se trouvait au niveau du bord antérieur du foie, et, d'autre part, la cavité kystique remontait jusqu'au hile hépatique.

La bile retirée lors de l'intervention sur les voies biliaires contenait du *bacterium coli* presque pur.

En résumé, nous avons eu affaire à un kyste hydatique infecté, ouvert dans les voies biliaires, au niveau du canal hépatique.

De là, une angiocholite septique et une oblitération des conduits principaux (cholédoque et hépatique), par des débris d'hydatides, des calculs biliaires secondaires et du pus.

L'opération de Kehr, qui me parut indiquée, fut faite trop tardivement, et l'épuisement de la malade ne permit pas d'achever l'opération.

Présentations de malades.

Réparation en deux temps des pertes de substance de l'urètre.

M. F. Legueu. — Je vous présente le malade qui fut l'objet de ma communication dernière.

Il s'agit d'un malade qui, il y a sept ans, ayant fait une chute sur le périnée fut depuis lors opéré quatre fois pour rétrécissement traumatique. Toutes les opérations, même la dernière, qui nécessita le cathétérisme rétrograde, furent suivies d'un résultat défectueux; après la suture de l'urètre, la désunion partielle amenait une légère infiltration et la production de callosités urétrales et périurétrales.

Depuis sept ans, cet enfant était entre les mains des chirurgiens et urinait par le périnée.

Je l'ai opéré par le procédé dont j'ai parlé dans la dernière séance. Actuellement son périnée est souple, le béniqué 47 passe facilement et le résultat date de six mois.

Plaie du cœur.

M. Baudet présente un malade auquel il a fait une suture de plaie du cœur. — Renvoyé à une Commission, dont M. Quénu est nommé rapporteur.

Contusion de l'abdomen.

M. Herbet. — Contusion de l'abdomen. — Renvoyé à une Commission, dont M. Félizet est nommé rapporteur.

Présentations de pièces

Sarcome récidivé du nerf sciatique.

M. Walther. — La pièce que je vous présente est une récidive d'un sarcome du nerf sciatique que mon ami Potherat avait opéré et nous a présenté ici au mois de mars dernier.

Voici les détails de l'observation recueillis par mon interne, M. Nandrot :

G... L..., âgée de cinquante-trois ans, entrée salle Gerdy, le 14 octobre 1906.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Parents morts très âgés.

Antécédents personnels. — A toujours joui d'une santé excellente jusqu'à l'année dernière. A eu cinq enfants bien portants et une fausse couche. Ménopause il y a deux ans.

Début. — Au mois d'août 1905, la malade ressent des douleurs dans la cuisse gauche, et à cette époque on put constater la présence d'une « boule » dure, grosse comme une noix.

Cette tumeur s'accrut rapidement, et d'une façon progressive, de façon à atteindre en *février* 1906 le volume apparent d'une très grosse *orange*.

En même temps les douleurs deviennent de plus en plus vives, se propagent suivant le nerf sciatique, et « l'exploration mettait en évidence la plupart des points douloureux de la sciatique ordinaire avec prédominance sur le trajet du sciatique poplité externe ».

A partir du mois de février 1906 la malade ne plus ni marcher, ni se coucher. Elle passe les nuits sur une chaise, la fesse gauche débordant le siège, la cuisse fléchie sur l'abdomen, attitude qui amène une atténuation des crises douloureuses. Mais cependant l'usage de la morphine est presque continu.

La malade entre à la fin de février 1906 dans le service de M. Potherat, qui constate (1) :

En haut de la cuisse, en arrière, au niveau et au dessous du

(1) Voir : Communication de M. Potherat à la Société de Chirurgie, le 14 mars 1906.

pli fessier, une tumeur allongée du volume du poing profondément située sous les téguments entre les masses musculaires de l'ischion.

M. Potherat porte le diagnostic de tumeur du nerf sciatique et même d'un sarcome de ce nerf.

Opération le 10 mars 1906. — Incision verticale suivant le grand axe de la tumeur.

Le pôle supérieur du néoplasme s'élève jusqu'auprès de la grande échancrure sciatique et le tissu nerveux traversait la tumeur.

M. Potherat avec assez de difficulté parvient à trouver un plan de clivage qui permet d'isoler le nerf de la tumeur, celle-ci enlevée en deux masses.

A la suite de cette intervention la malade n'a présenté aucun accident, sauf un certain degré de parésie des muscles du membre inférieur gauche, particulièrement de la jambe.

Sensibilité conservée; les douleurs ont disparu.

L'*examen histologique* montre qu'il s'agit de fibro-myxo-sar-sarcome.

L'amélioration fut de courte durée; moins d'un mois après cette intervention, les douleurs reparaissent dans la cuisse gauche, et surtout au niveau du talon.

Ces douleurs se manifestent avec les mêmes caractères que la première fois, c'est-à-dire qu'elles siègent sur tout le trajet du nerf sciatique, s'exagèrent par les mouvements, surtout par la flexion de la cuisse sur le bassin en rendant la marche impossible, la position couchée ou assise très pénible.

En même temps que les douleurs renaissent, la cuisse gauche augmente de volume.

Le 6 mai 1906, la malade entre dans le service de M. Babinski à la Pitié, où, à la suite d'un premier examen, on porte le diagnostic de *névrite sciatique*, et l'on trouve les signes suivants :

Examen pratiqué le 6 *mai* par M. Babinski.

Impotence complète du *membre inférieur gauche,* à la suite de l'extirpation d'une tumeur adhérente au tronc du nerf sciatique.

Membre inférieur droit. — Intégrité musculaire; réflexes normaux

Membre inférieur gauche. — Les muscles extenseurs de la jambe on conservé leur force.

Extenseurs du pied, sont paralysés.

Sensibilité tactile : douloureuse, diminuée à la jambe; abolie à la face externe du dos du pied.

Sensibilité thermique : hyperesthésie.

Notion de position. — Troublée du côté malade, ne sent pas bien du côté gauche. Quand on met le premier orteil en extension ou en flexion, on porte le cinquième orteil en abduction.

Réflexes tendineux. — Rotulien, conservé ; achilléen, supprimé.

Réflexes cutanés. — Normaux.

Extenseurs du pied. — Contractilité faradique abolie.

Fléchisseurs. — Également abolie.

Contractilité galvanique. — Contraction lente, paresseuse ; on porte le diagnostic de névrite de dégénérescence et l'on institue le traitement par les courants continus de grande intensité.

13 juillet. — Nouvel examen : Les douleurs sont extrêmement intenses, la sensibilité objective est moins troublée que lors du premier examen. L'anesthésie du dos du pied a presque complètement disparu.

Mais depuis déjà la fin du mois de mai, la tumeur avait reparu et pris de telles proportions qu'on avait pensé à une récidive du sarcome de la cuisse.

Le 11 octobre 1906, elle entre dans le service du Dr Walther.

Examen à ce moment. — État général mauvais. La malade est assez amaigrie. Le teint est pâle et la face exprime une souffrance continuelle.

Depuis en effet plus de trois mois, la malade n'a jamais reposé une seule nuit.

Toute position est extrêmement douloureuse. La malade a adopté une sorte de demi-flexion dans son lit. Elle se couche sur le côté gauche, en fléchissant la jambe sur la cuisse.

Examen du *membre inférieur gauche* : depuis un mois environ, il s'est produit une sorte d'*ankylose coxo-fémorale gauche*, due en grande partie à la contracture des muscles de la cuisse.

Il est en effet impossible de porter la cuisse en abduction et en extension.

A l'inspection, la cuisse est considérablement augmentée de volume, et sur la face postérieure il existe deux bosselures du volume d'un gros marron, qui sont rouges et extrêmement douloureuses ; et l'on voit à ce niveau la cicatrice longue de 20 centimètres, trace de la première intervention.

A la mensuration, la circonférence de la cuisse gauche dépasse de 10 centimètres celle de la cuisse droite.

A la palpation, toute la face postérieure depuis la ligne ischio-trochantérienne jusqu'au quart inférieur est occupée par une grosse masse bosselée, dure, irrégulière, complètement immobilisable et dont la palpation est douloureuse.

Les tissus superficiels sont œdématiés et l'infiltration remonte en dedans jusqu'au pli génito-crural.

En avant seulement les tissus sont sains sur une notable étendue.

Il ne semble pas qu'il existe d'adénopathie superficielle ou profonde.

L'*examen des réflexes* et de la sensibilité donne des résultats concordants avec ceux de M. Babinski.

Les douleurs spontanées sont épouvantables, surtout au niveau du talon, et la malade demande la mort ou une opération quelle qu'elle soit pour la soulager.

En présence de ces signes, on porte le diagnostic de sarcome récidivé du nerf sciatique ayant envahi les muscles et les téguments.

L'examen radiographique a été tenté, mais sans succès, toujours pour la même raison.

Examen du sang.

Leucocytose considérable; 14.000 globules blancs, la plupart polychromatophiles.

Appareil respiratoire. — Malgré un peu de dyspnée accusée pendant quelques jours par la malade, on ne trouve aucun signe de propagation.

Cœur, normal.

Température, avoisine 38 degrés.

Foie, normal.

Appareil digestif. — L'appétit est en partie conservé.

La malade se retient le plus possible d'aller à la selle, pour ne pas remuer la cuisse.

Appareil urinaire. — 1.500 grammes d'urine environ par jour, émise en deux fois. Ni sucre ni albumine. Urée, 11 gr. 50 par litre.

Intervention par M. Walther, le 24 octobre. Désarticulation de la hanche. — Tracé très atypique du lambeau par suite de l'état des tissus.

Le lambeau est presque complètement constitué aux dépens des téguments de la face antéro-externe de la cuisse.

Le tracé passe dans le pli génito-crural, en dedans, et remonte très haut en arrière, au milieu de la fesse.

Dissection du grand lambeau antéro-externe, constitué seulement par la peau et le tissu cellulaire.

Section entre deux ligatures de l'artère et de la veine fémorales.

Section des muscles couturier, pectiné, surtout psoas très haut.

Désarticulation rapide puis section des muscles postérieurs très haut sur la fosse iliaque externe.

La cuisse enlevée, on s'aperçoit qu'il existe une sorte de moignon assez volumineux, dur et grisâtre, qui remonte vers l'échancrure sciatique.

On croit tout d'abord avoir affaire à du muscle envahi par la tumeur.

En réalité, il s'agit de la partie supérieure du nerf sciatique.

On dégage ce tronçon jusque dans le bassin à travers l'échancrure sciatique, et l'on sectionne au-dessus du tissu en apparence malade, au point où le nerf semble avoir repris sa consistance normale.

La malade a très peu perdu de sang au cours de l'opération.

La tumeur, volumineuse, bosselée, remonte jusqu'à la partie supérieure du membre; la coupe d'un tissu blanchâtre, mou, montre l'envahissement des téguments de la face postérieure de la cuisse par des noyaux accolés à la masse principale.

Sur cette coupe verticale on peut suivre dans l'épaisseur de la tumeur les faisceaux dissociés du nerf sciatique.

A la partie supérieure, la tumeur est bien limitée au tronc du sciatique complètement infiltré par le néoplasme.

Le fragment du tronc du sciatique secondairement réséqué porte dans sa moitié inférieure la tumeur, tandis que sa moitié supérieure semble saine.

Examen macroscopique de la pièce. — Incision verticale suivant le grand axe de la tumeur.

On voit *en bas*, dans le tiers inférieur, le nerf sciatique à peu près normal, légèrement hypertrophié cependant, qui sort de la face profonde de la tumeur.

M. MONOD demande si on a examiné la section du sciatique, le nerf semblant encore à ce niveau plus volumineux qu'à l'état normal.

M. WALTHER. — L'opération a été faite ce matin. La pièce sera examinée. La section en tous cas a été faite aussi haut que possible, dans l'échancrure.

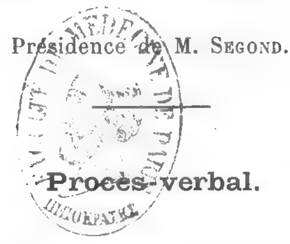
Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1906

Présidence de M. SEGOND.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° — Une lettre de M. FÉLIZET, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3° — Un mémoire : « Sur les accidents de la dent de sagesse », adressé pour concourir au prix Laborie, avec la devise : *Donec optata veniant rigabo.*

4° — Un mémoire adressé pour concourir au prix Gerdy avec la devise : « Tout est dit et l'on vient trop tard depuis plus de sept mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent. »

Le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait remarquer que le prix Gerdy, étant bisannuel, ne sera décerné qu'en 1907 ; il prie donc l'auteur du mémoire adressé à la Société de Chirurgie de le reprendre pour l'adresser à nouveau au mois d'octobre 1907. La Commission qui décernera ce prix ne sera nommée, en effet, que dans un an.

5° — M. HARTMANN dépose sur le bureau deux observations de « Cancer primitif de l'appendice iléo-cæcal ». Ces observations de M. LECÈNE sont adressées à une commission dont M. HARTMANN est nommé rapporteur.

6° — M. HARTMANN apporte encore à la Société son livre intitulé : *Travaux de chirurgie anatomo-clinique.*

Rapports.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu,
par M. le Dr Dionis du Séjour.

Rapport par M. RICARD.

M. le Dr Dionis du Séjour, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont, nous a adressé une intéressante observation de plaie de l'abdomen, observation qui, autrefois, eût été l'objet de vives discussions, mais qui, aujourd'hui, n'est plus qu'un cas à ajouter à d'autres bien connus.

Voici le fait en deux mots :

Jeune homme de quinze ans, blessé d'une balle de revolver dans l'abdomen à trois heures de l'après-midi. L'opération immédiate est refusée par la famille; à six heures apparaissent des symptômes caractéristiques de perforation, douleur avec contraction généralisée à tout l'abdomen, pouls à 120. Le lendemain matin, signes nets de péritonite. Vomissements, etc. L'intervention est acceptée et pratiquée dix-sept heures après la blessure.

A l'incision, écoulement d'une certaine quantité de sang noirâtre, plaie en séton du bord libre du côlon transverse, perforation de part en part d'une anse jéjunale, avec orifices oblitérés par un bouchon muqueux; une autre perforation se trouve également tout près de l'angle jéjuno-duodénal. Toutes ces perforations sont suturées par des points de Lembert à la soie fine.

Le mésentère distendu par un hématome a été perforé. C'est là évidemment l'origine du sang épanché dans l'abdomen.

La balle est implantée dans le corps de la quatrième lombaire.

Fermeture de l'incision abdominale par trois plans au catgut et crins de Florence, drainage du Douglas par la partie inférieure de la plaie.

Suites normales, sauf l'apparition d'une bronchite avec quintes fréquentes; au huitième jour, ablation des fils superficiels; la plaie a légèrement suppuré. Une quinte de toux produit une éventration totale avec issue de la masse intestinale. Les anses intestinales sont légèrement rouges et granuleuses, quelques-unes sont recouvertes d'une fausse membrane blanchâtre.

Chloroformisation. Les anses sont légèrement touchées avec une solution de permanganate à 10 p. 100. Occlusion par trois

sutures au fil d'argent comprenant toute la paroi. Dans l'intervalle, quelques points de soie prennent la peau et les muscles, deux drains enlevés le cinquième jour. Ablation des fils le huitième jour. La portion de la plaie, qui n'a pas été réunie près de l'ombilic où existaient des adhérences intestinales, se ferme trois semaines après, mais est le siège d'une éventration facilement opérée deux mois plus tard.

Cette observation appelle quelques réflexions : dix-huit heures après l'accident, et, malgré la péritonite commençante, l'intervention fût suivie de succès. Cela prouve qu'on peut enregistrer des succès, même en différant le moment de l'intervention, de même qu'on peut avoir des succès en n'intervenant pas du tout. Mais aujourd'hui la question est jugée et je n'aurais garde de vouloir appeler sur ce point la moindre discussion, l'intervention immédiate étant aujourd'hui une règle indiscutée, quels que soient les faits heureux de non-intervention ou d'intervention tardive qu'on puisse apporter à l'appui de la thèse contraire.

L'éventration totale, qui a suivi l'ablation des fils, n'a rien qui doive nous surprendre, la plaie ayant suppuré. La conduite de notre confrère fut là encore ce qu'elle devait être, réduction immédiate et reconstitution de la paroi avec drainage. C'est là la conduite que nous suivons tous ou presque tous. Laisser les intestins au dehors est une conduite que je ne saurais approuver, n'eût-elle comme inconvénient que la constitution d'une énorme éventration dont la cure ultérieure est difficile et même dangereuse.

Il me sera toutefois permis de soulever ici incidemment une question. M. Dionis du Séjour referme une première fois la paroi à l'aide de trois plans de suture et de crins de Florence. Une légère infection partie de l'orifice d'entrée de la balle suffit pour tout désunir. Dans la tentative de reconstitution de sa paroi, notre confrère prend toute la paroi en masse à l'aide de trois fils d'argent, et cette paroi, ainsi suturée, lui donne une solidité telle que lors d'une troisième intervention pour réparer une éventration à un endroit non suturé, M. Dionis n'a pas à retoucher à cette partie de sa section.

Ceci, simplement pour faire remarquer que la suture abdominale faite en un seul plan donne les mêmes garanties de solidité que les sutures à trois plans. Je n'avais pas besoin de cet exemple, car sauf rare exception, je n'ai jamais pratiqué que cette sorte de suture à la fois rapide et sûre.

En résumé, je ne puis qu'approuver la conduite de M. Dionis du Séjour. Je le remercie de son intéressante observation qui devra être déposée dans nos archives.

M. Guinard. — M. Dionis du Séjour, nous dit M. Ricard, a enlevé les fils au bout de huit jours. Je crois que c'est là un laps de temps un peu court. J'avais l'habitude d'enlever les fils, dans mes laparotomies, au huitième jour. Un de mes internes trouva un soir chez une de mes opérées, à qui il avait le matin enlevé ses fils, tous les intestins dans le pansement. Elle avait, dans une quinte de toux, rompu sa cicatrice du haut en bas. Il endormit la malade et fit de nouvelles sutures : la malade guérit très bien. Depuis cette époque, je laisse mes fils en place plus longtemps : je ne les enlève jamais avant le dixième jour, et je n'ai plus eu d'incidents.

Quant à savoir si la suture en un seul plan est préférable à la suture en trois plans, je crois qu'on a de très bons résultats avec les deux modes de suture; pour ma part, je suture toujours en trois plans.

M. Quénu. — Deux questions sont en jeu : l'éventration précoce et l'éventration tardive.

Pour la première, il me paraît impossible de fixer d'avance un nombre de jours déterminé avant d'enlever les fils; toutes choses étant égales d'ailleurs, la rapidité de réparation dépend essentiellement du malade, de ce que les Anciens appelaient la plasticité des tissus.

Dix jours sont suffisants pour la plupart, quinze sont nécessaires pour certains, et encore chez quelques-unes, chez les anémiées, hémorragiques, etc., je commence à n'enlever qu'un fil sur deux et je regarde le surlendemain si, entre les points restants, il n'y a pas tendance à l'écartement.

Quant à l'éventration tardive, secondaire, elle est subordonnée à plusieurs causes.

Les efforts thoraciques ou abdominaux répétés, l'état général du malade et aussi le mode de suture sont les facteurs à envisager.

Je suis surpris d'entendre vanter la supériorité de la suture à un seul plan.

J'ai suivi pendant une dizaine d'années la pratique des sutures à un seul plan; la comparaison des résultats obtenus avec ceux que donne la suture à plusieurs plans me paraît tout à fait en faveur de cette dernière.

Seulement, la condition essentielle à mon sens est de bien rapprocher les muscles droits par une bonne suture faite avec des fils en U.

Si la suture en un seul plan a semblé donner de meilleurs résultats à quelques-uns de mes collègues, cela tient peut-être à ce que cette suture oblige à comprendre les muscles et à les rapprocher.

La suture à plusieurs plans reprend certainement tous ses avantages quand on se résout à ouvrir les gaines musculaires et qu'on ajoute la suture musculaire à la suture aponévrotique; il me paraît impossible d'obtenir une coaptation parfaite autrement qu'avec la suture à plusieurs plans.

M. Routier. — Je crois que la hernie immédiate ou plutôt la désunion de la ligne de suture après la laparotomie tient beaucoup plus aux malades qu'au mode de suture employé, il faut donc faire attention, et savoir discerner les cas pour laisser les sutures plus longtemps chez tel malade que chez tel autre.

J'ai vu quelques rares cas d'éventration immédiate, tous suivis de guérison; une entre autres, une malade qui garda sous son pansement ses intestins hors du ventre tout un jour et toute une nuit; je réduisis cette hernie, suturai la paroi à nouveau, et la malade guérit; il me semble que ces éventrations immédiates sont bénignes, je n'en ai pas vu mourir.

Pour ce qui est de la suture, après avoir dans mes débuts fait la suture en un seul plan, j'ai suivi la mode et fait plusieurs plans, mais je suis revenu à la suture à un seul plan, avec des fils de bronze d'aluminium, en prenant soin, si je ne traversais pas un des muscles droits, si je passais par la ligne médiane, de bien ouvrir les deux gaines des muscles droits, afin de bien mettre les deux bords musculaires en contact; j'ai pu voir au cours d'opérations secondaires en rouvrant des sutures ainsi faites, que les deux muscles étaient restés parfaitement en contact. J'affime que dans ma pratique j'ai très peu d'éventrations consécutives.

Du reste, j'ai cité ici le travail d'un auteur allemand que je n'ai malheureusement pas su retrouver; cet auteur avait fait des autopsies assez nombreuses de laparotomies anciennes, et il arrivait à cette conclusion qui semble paradoxale, c'est que les plans anatomiques sont mieux réunis dans les cicatrices de sutures à un seul plan que dans celles à étages.

M. Ch. Monod. — Je voudrais ajouter un mot à l'appui de ce que vient de dire M. Quénu. Je crois que le point important est d'obtenir un accolement exact des deux muscles droits. A cet effet, il y a longtemps que j'ai donné le conseil, au moment de l'incision dans les laparotomies, non seulement d'ouvrir la gaine des droits mais de réséquer la ligne blanche aponévrotique et graisseuse interposée entre leurs bords.

Cela fait, je m'en suis longtemps tenu à la suture à un seul plan, pensant que, de cette façon, j'obtenais une meilleure coalescence des muscles formant, par leur rapprochement, une sangle muscu-

laire unique, jusqu'au jour où, après une réunion ainsi faite, j'observai une désunion de la cicatrice après ablation des fils.

Je tends depuis lors à revenir à la suture à plusieurs plans, mais en conservant la mise à nu des droits et en suturant exactement leurs bords par des points séparés au catgut, très rapprochés.

M. Tuffier. — Il me semble que notre conduite dans la suture des parois abdominales est assez différente. Pour ma part, après avoir fait pendant longtemps la suture en un seul plan au fil de métal, je fais actuellement une suture à plusieurs plans — que je fais aussi soigneusement, aussi anatomiquement que possible — au catgut. Le péritoine est fermé par un surjet, les aponévroses sont suturées à points séparés et la peau est fermée au moyen des agrafes de Michel.

Les hernies immédiates après l'enlèvement des fils sont rares, j'en ai observé une demi-douzaine de cas ; j'insiste sur leur bénignité, car j'ai vu guérir tous les malades que j'ai suturés une seconde fois; quant à la cause même de ces éventrations, je partage l'opinion de M. Quénu, et je crois que la plasticité des tissus du malade a une importance très grande ; j'ajouterai comme facteur pathologique les infections légères qui passent inaperçues au thermomètre ; je crois qu'elles peuvent seules expliquer les désunions que rien ne permet de soupçonner après examen de l'état général du sujet, ou des conditions mécaniques de la suture.

M. Paul Reynier. — Comme MM. Quénu et Tuffier, je crois que le mode de suture n'a pas une grosse influence pour éviter les éventrations. J'ai été l'interne de M. Duplay et j'ai vu des éventrations se produire, en défaisant des sutures à un seul plan ; et j'en ai vu moi-même avec des sutures à plusieurs plans.

Il existe évidemment des malades qui sont plus ou moins prédestinés à cet accident, et on a le plus à redouter chez les cachectiques, les inanitiés, les gens qui, comme le disait M. Quénu, ont un état de déchéance organique qui ne leur permet pas de faire vite les frais d'une bonne et solide cicatrisation.

Mais, comme M. Tuffier, je crois qu'on est souvent en droit de penser à une légère infection, déterminant un peu de parésie intestinale qui distend les sutures ; et alors peut se produire une éventration, parce qu'un fil de catgut se résorbe trop facilement, casse, ou voire même se dénoue. J'ai eu à noter ce dernier accident avec certains catguts trop souples, trop glycérinés, et j'ai eu deux fois à constater, en rentrant une éventration, que les fils de catgut, coupés trop près du nœud, s'étaient dénoués en glissant dans le neuf.

Un autre accident prédispose à l'éventration, c'est l'adhérence épiploïque à la ligne de suture péritonéale. Dans les éventrations tardives on trouve toujours cette adhérence qui peut exister dans les éventrations primitives, et je peux citer un fait bien exceptionnel que j'ai observé dernièrement et qui vient montrer le rôle de cette adhérence épiploïque.

Il s'agissait d'une jeune femme qui avait subi une hystérectomie vaginale, faite par un de mes collègues. Celui-ci, ennuyé par une sortie de l'épiploon pendant l'opération et qu'il avait de la peine à maintenir, avait cru devoir remplacer les pinces par des ligatures et suturer l'orifice vaginal en laissant un drain. Or, en enlevant ce drain, l'épiploon avait encore de la tendance à ressortir et il dut le repousser. Tout cependant se cicatrisa normalement et la malade avait quitté depuis deux mois la maison de santé, lorsqu'elle me fit appeler. A la suite d'une nuit d'amour, tout d'un coup, elle s'était vue inondée de sang sortant par l'orifice vaginal, avec de fortes douleurs dans le ventre. Quand j'arrivai, je constatai que, dans le vagin, sorti par l'orifice vaginal qui s'était rouvert, se trouvait un gros bouchon épiploïque, qui commençait à se sphacéler. Je fis une laparotomie pour sectionner l'épiplon à son entrée dans l'orifice vaginal, et refermai par en haut cet orifice, enlevant par le vagin la portion épiploïque herniée. La malade guérit facilement et aujourd'hui sa cicatrice est solide, et résistante à tous les assauts.

M. Chaput. — Chez le chien opéré d'anus contre nature, la désunion de la paroi est généralement préparée par de petites hernies épiploïques qui se font dans l'intervalle des sutures. L'animal, gêné, pousse instinctivement, et peu à peu la hernie augmente et les fils coupent.

Je crois qu'il en est de même chez l'homme, et je pense que bon nombre d'éventrations sont préparées par de petites hernies qui se produisent sous l'influence des vomissements, lorsque les fils ont coupé ou dans l'intervalle des plans de suture.

Relativement à la technique de la suture de la paroi, je dirai que j'ai employé successivement les sutures en masse au crin de Florence, à la soie, au catgut, au fil d'argent. Je reproche au crin la difficulté de se le procurer de longueur et de calibre convenable; à la soie, de favoriser la suppuration; au catgut, de se dénouer; au fil d'argent, d'être douloureux à enlever. J'ai ensuite essayé la suture à étages avec assez de satisfaction. J'ai enfin modifié de la façon suivante le mode d'incision et de suture.

J'incise la paroi à gauche de l'ombilic sur le muscle droit

du côté gauche, l'incision descend obliquement et se termine en bas sur la ligne médiane.

La gaine du muscle droit du côté gauche est ouverte, le muscle décollé et le péritoine est incisé derrière le droit comme dans le procédé de Jalaguier.

L'opération terminée, je suture en surjet le péritoine au catgut, puis au catgut en surjet le feuillet antérieur de la gaine des droits; je fais enfin un surjet aux crins pour la peau. Je draine le tissu sous-cutané à la partie inférieure et, grâce à cette technique, les abcès de la paroi sont à peu près inconnus chez moi. Au point de vue de la réunion immédiate et de l'éventration consécutive, cette suture m'a donné des résultats absolument parfaits.

M. Walther. — Je ne crois pas que l'infection soit le seul facteur de la désunion primitive de la paroi, comme l'a dit M. Tuffier. Je crois au contraire, avec M. Quénu, que l'état général joue un rôle capital dans la genèse de cet accident.

Je n'ai, en effet, jamais vu d'éventration primitive, de désunion de la paroi, dans les laparotomies sous-ombilicales ; je l'ai observée au contraire deux ou trois fois dans des laparotomies sus-ombilicales et toujours chez des malades arrivés au dernier degré de la cachexie et opérés de gastro-entérostomie pour cancer du pylore.

En pareil cas, je laisse toujours longtemps les sutures, et malgré cette précaution j'ai vu ces parois se désunir complètement au moment de l'ablation des fils au douzième ou au quatorzième jour. Il s'agit bien dans ces cas d'un défaut de nutrition, d'une absence complète de réparation sans trace d'infection locale.

Quant à la seconde question relative à l'éventration consécutive tardive et à l'appréciation de la valeur comparative des différents procédés de suture de la paroi, elle me semble assez difficile à trancher.

La suture en un plan me paraît excellente; pendant longtemps, je l'ai employée avec de très bons résultats, à condition de ne pas faire porter l'incision sur la ligne blanche elle-même, mais de passer par la gaine d'un des muscles droits pour pouvoir, dans la suture, assurer le large affrontement des muscles. Je fais encore de temps en temps cette suture en un plan avec des crins de Florence couplés.

Mais la suture par étages me semble cependant réparer plus complètement, plus sûrement, les différents plans de la paroi. Elle a le grand avantage de donner une cicatrice cutanée beaucoup moins apparente, plus souple, mobile sur les plans profonds.

Depuis une huitaine d'années, j'emploie presque toujours un procédé très simple, rapide, qui m'a semblé assurer une réparation

anatomique parfaite et une très grande solidité de la paroi. Je n'ai jamais observé, en effet, d'éventration consécutive dans les cas, bien entendu, où il n'avait pas été besoin de laisser un large drainage. Et même alors, l'éventration est bien rare, parce que les plans musculaires et aponévrotiques se trouvent placés juste en face de leurs congénères et se réparent dans les meilleures conditions.

L'incision de la paroi passe toujours, non pas sur la ligne blanche, mais sur la gaine du grand droit du côté droit. Pendant plusieurs années, je divisais le muscle lui-même sur toute sa hauteur, et la réparation du plan musculaire se faisait par l'accolement à l'aide de deux ou trois points de catgut réunissant les lèvres de cette longue boutonnière musculaire. Mais chez certains sujets gras, la friabilité du muscle entraîne souvent, sous l'influence de l'écarteur, des déchirures de la mince bande musculaire interne. Je me contente donc aujourd'hui de récliner le muscle en dehors et d'inciser l'aponévrose profonde et le péritoine un peu en dehors de la ligne blanche.

Pour suturer, par un surjet de catgut on réunit le péritoine et le fascia transversalis. Le même fil, arrivé à la partie inférieure de la plaie, traverse le muscle grand droit et sert à faire le surjet d'affrontement de l'aponévrose. Mais les lèvres de l'aponévrose, au lieu d'être simplement accolées, sont appliquées l'une sur l'autre, le feuillet droit étant tiré aussi largement que possible étalé sur le gauche. Cette traction exercée sur la gaine assure l'accolement parfait du bord interne du grand droit à la ligne blanche. A la partie supérieure, à la fin du surjet aponévrotique, le bout du fil est noué avec le bout libre du premier surjet péritonéal qu'on fait passer à travers le muscle droit. Cette réunion des deux surjets en haut et en bas empêche la création d'espaces morts et la formation d'hématomes. La peau est suturée avec des agrafes de Michel.

M. Hartmann. — Je ne crois pas que l'infection joue un rôle dans la production de l'éventration primitive, et pense beaucoup plutôt, avec nos collègues Quénu et Walther, que l'état même des tissus du sujet opéré joue le rôle principal. Depuis six ans, sur un total assez considérable d'opérations abdominales, près d'un millier, je n'ai vu que deux cas d'éventration primitive, tous deux chez des malades à tissus dénués de vitalité. Une fois il s'agissait d'un cancéreux gastrique avancé, cachectique, chez lequel, après la gastro-entérostomie, j'ai, pour terminer plus rapidement l'opération, fait la suture à un seul plan au fil d'argent. Le lendemain de l'ablation des fils, faite le onzième jour, j'ai trouvé la plaie rouverte de bout en bout.

Dans l'autre cas, il s'agissait aussi d'une gastro-entérostomie; la suture fut faite à trois plans, deux de catgut, un de crin; la plaie se rouvrit de bout en bout, et sur les bords on voyait les nœuds de catgut bien serrés, mais les anses résorbées. Le malade était diabétique, et mon collègue Walther, qui l'avait déjà opéré antérieurement pour d'autres raisons, avait été frappé de la lenteur avec laquelle il cicatrisait. Les deux cas ont guéri.

M. Paul Segond. — Je partage l'avis de mes collègues Ricard et Routier. Après avoir expérimenté la plupart des sutures connues, j'en suis revenu à la suture en un seul plan au fil d'argent. Je la trouve rapide, et j'estime qu'elle donne des cicatrices aussi solides que possible. Pour qu'il en soit ainsi, il va de soi qu'il faut placer les fils avec méthode, les mettre en bonne distance les uns des autres, éviter leur constriction trop énergique et faire que chaque anse prenant peu de peau, beaucoup de muscle et peu de péritoine assure un large affrontement musculaire. En outre, j'ai depuis longtemps continué d'ajouter au plan de sutures globales quelques fils placés de telle façon que les deux lèvres aponévrotiques s'affrontent non point seulement par leurs bords, mais par leurs surfaces.

Cette suture en paletot que Lucas-Championnière a depuis beau temps préconisée donne de très précieuses garanties de solidité.

J'ajoute que si la suture en un plan est à mes yeux une suture de choix, je n'entends point dire qu'il faille de parti pris y recourir indistinctement et toujours. Il y a parois et parois et, chez les obèses, par exemple, il serait de très mauvaise pratique de s'obstiner à ne faire qu'un plan sans le combiner aux sutures à fils perdus nécessitées par le cas particulier.

M. Ricard. — Nous sommes tous d'accord sur l'influence de l'infection sur la production de l'éventration immédiate. Tous aussi nous savons qu'il est certains malades prédisposés à la non-réunion ou à la réunion tardive, — ce sont les cachectiques et certains inanitiés, sur l'estomac desquels on est appelé à opérer. A côté de ceux-ci, il en est d'autres qui ne réunissent pas, on ne sait pourquoi.

Quant à la suture en un plan, je la conserve comme excellente et donnant des sutures parfaites et solides. Si mes collègues Segond et Routier la préfèrent comme moi à la suture à trois plans, il faut être persuadé que c'est parce qu'ils sont convaincus de la valeur de cette façon de faire. Sans quoi, on accordera volontiers

qu'ils ne reculeraient pas devant l'adoption de la suture à trois plans.

Je dirai seulement que la suture en un plan doit être faite avec soin, en regardant bien ce que l'on fait, et ce que l'on affronte. Mal faite, elle ne vaut rien ; bien faite, elle égale toutes les autres méthodes de suture.

Présentation de malade.

Synovite fongueuse des tendons extenseurs de la main traitée par la méthode de Bier.

M. Chaput. — Je vous présente au nom de M. Souligoux, un homme de cinquante-cinq ans qui a été soigné par lui pour des lésions fongueuses du dos de la main, qui débutèrent il y a deux ans à la suite d'une entorse.

Il y a quinze mois, des abcès multiples, au nombre de dix, se montrèrent au poignet et au dos de la main.

Le malade a été soumis à la méthode de Bier depuis dix mois, — d'abord trois heures le matin et autant le soir, — depuis quelques semaines, il garde sa bande toute la nuit et s'en dispense le jour.

Le malade n'a pas été opéré, ni cautérisé, ni immobilisé ; sous l'influence du Bier, ses fongosités se sont durcies et les abcès se sont fermés ; les mouvements des doigts sont libres et énergiques.

Ce résultat est des plus intéressants et plaide vigoureusement en faveur de la méthode de Bier.

Présentations de pièces

Note sur la prostatectomie transvésicale.

M. Bazy. — Dans un rapport très lumineux et très étudié sur la prostatectomie transvésicale qu'il nous a fait à propos d'une observation de M. Pierre Duval, M. Legueu a étudié les indications du drainage dans la prostatectomie et la question du meilleur mode d'ablation de la prostate,

Permettez-moi de vous soumettre quelques réflexions à ce sujet et je les illustrerai par deux observations dissemblables que je prendrai comme types.

Ces deux observations ont trait à deux malades que j'ai opérés en ville avec le concours de mes élèves, le Dr Deschamps, MM. Louis David et Louis Bazy, et pour le deuxième cas, en outre, les Drs G. Colin et Suzor, le 18 et le 25 juillet derniers.

Obs. I. — Dans un premier cas, il s'agissait d'un habitant d'Haïti âgé de cinquante-six ans, qui offre cette particularité, c'est que, dans son enfance, il avait des hématuries toutes les fois qu'il prenait de la quinine, de sorte qu'il n'en prend plus.

Il a des troubles vésicaux remontant à plusieurs années. Pollakiurie nocturne et diurne : toutes les heures, toutes les demi-heures, il est obligé d'uriner.

Hématuries fréquentes et abondantes toutes les fois qu'il se fatigue, et quelquefois sans raison.

La marche lui donne envie d'uriner.

Il y a là un ensemble de symptômes qui font penser à une pierre dans la vessie. Il fallait y penser d'autant plus que son urine était d'une fétidité repoussante. Elle avait ce caractère depuis très longtemps, et il disait en avoir été inconsciemment incommodé pendant la nuit, jusqu'au jour où il avait pris le parti d'aller, pendant la nuit, uriner dans son cabinet de toilette, hors de la chambre où il couchait.

Il fallait tout d'abord songer à désinfecter la vessie, qui ne se vidait pas. Pour cela, je voulus mettre une sonde à demeure : je dus la mettre avec le mandrin.

Je retirai ainsi tout d'abord 400 centimètres cubes d'une urine très sale, très odorante.

La sonde s'incrusta rapidement et je dus la changer; pour cela, je dus employer le mandrin à nouveau.

La vessie me paraissant suffisamment désinfectée, je voulus l'explorer; il me fut impossible de passer.

Plus tard, sous chloroforme, j'eus toutes les peines pour arriver dans la vessie et constater l'absence de pierre.

Je voulus essayer de voir si le cathétérisme répété serait possible. Ce n'est qu'avec le mandrin qu'on pouvait parvenir à sonder le malade.

Il y avait donc une réelle difficulté du cathétérisme, nécessité absolue de le pratiquer tous les jours, nécessité démontrée par l'amélioration considérable de l'état général sous l'influence de la sonde à demeure; de plus, même au repos, les hémorragies s'étaient reproduites.

Je vis là autant d'indications de faire une prostatectomie, et de la faire transvésicale, pour voir ce qui se passait dans la vessie, et parce que la prostate proéminait dans cette vessie.

C'est ce que je fis le 18 juillet, avec l'aide de mes internes Louis Bazy et David, et de mon assistant, le Dr Deschamps.

La vessie ouverte et le malade en inversion, je vis un lobe moyen

proéminent en arrière et entourant l'orifice urétral sur la partie postérieure et les parties latérales.

La muqueuse vésicale saignait à ce niveau et nous saisîmes ainsi sur le vif le point de départ des hémorragies d'origine prostatique sur lesquelles j'ai autrefois insisté.

Après incision de la muqueuse au bistouri, je cherchais avec mon doigt le plan de clivage qui me permît de faire l'énucléation des adénomes que je pensais trouver et constituer l'hypertrophie de la prostate. Je ne le trouvai pas; j'incisai plus profondément : même impossibilité. Je fus alors mis en demeure d'exciser la prostate ainsi atteinte d'hypertrophie diffuse au bistouri; je ne pus l'enlever que par morceaux détachés; les pinces déchiraient le tissu prostatique.

Je creusai ainsi la prostate en cherchant à ne point effondrer par en bas la loge prostatique, et quand je pensai avoir suffisamment évidé cette prostate, je réunis la lèvre antérieure à l'incision à la lèvre postérieure, de façon à ouvrir largement l'orifice urétral et à le rejeter en arrière. Je me comportai en un mot comme dans une opération de Schrœder sur le col de l'utérus.

De cette manière, j'assurais l'hémostase; cependant, un vaisseau saignant sur le côté droit du col, je fus obligé de multiplier les points de suture à ce vaisseau et, pour plus de sûreté, je mis un tampon imbibé d'eau oxygénée.

Sonde à demeure. Drain vésical en siphon.

Les suites furent normales au point de vue de la température; mais la réunion de la vessie tarda à se faire. Elle était tellement infectée que je n'eus pas lieu d'en être surpris.

Il eut même une petite fistulette secondaire qui se montra quinze jours après la réunion primitive et qui fut guérie en une huitaine de jours de sonde à demeure.

Dès le 8 septembre, toutefois, il se levait définitivement.

Actuellement, il vide bien sa vessie et ses urines sont presque limpides.

Obs. II. — L'autre cas a trait à un homme de soixante-cinq ans qui ne vidait que partiellement sa vessie et que j'ai opéré avec le concours de mes internes, de mon assistant et des Drs G. Colin et Suzor, ses médecins habituels.

Chez lui, l'indication opératoire, indépendamment d'une grosse prostate, comme vous allez le voir, était l'infection, la douleur des cathétérismes qui avaient nécessité la sonde à demeure.

Je l'ai opéré le 25 juillet par voie transvésicale.

La vessie ouverte, j'ai vu une grosse saillie recouverte par la muqueuse vésicale et entourant presque complètement le col.

La muqueuse incisée, et deux doigts (main et avant-bras gauches gantés introduits dans le rectum), j'ai pu énucléer très facilement et très rapidement, en deux ou trois minutes au plus, les quatre adénomes que vous voyez ici, en respectant la muqueuse urétrale, deux gros comme de petits œufs et deux petits comme de petites noisettes, le tout pesant 90 grammes.

Pas de réunion de la plaie prostatique.
Tamponnement de la cavité prostatique.
Sonde à demeure.
Gros drain prostatique formant siphon.
Suites aseptiques et simplement interrompues par une récidive d'épididymite.
Actuellement, le malade vide bien sa vessie et son urine est claire.

M. Legueu a défendu l'opération faite par M. Duval, à la pince, au bistouri et aux ciseaux, en la qualifiant d'opération plus chirurgicale; il voudrait, dit-il, chirurgicaliser (c'est son mot) l'opération de la prostatectomie qui ne paraît jusqu'ici qu'un escamotage d'une prostate au fond de laquelle on ne peut rien voir.

Je pense que la vraie chirurgie consiste d'abord à bien faire, puis à faire vite, et je ne saurais adopter une pratique chirurgicale qui me conduirait à faire une opération longue au lieu d'une opération courte, pourvu que cette dernière fût aussi efficace.

La comparaison de mes deux opérations à ce point de vue est très instructive. L'une, la première, a été laborieuse, longue; l'autre, a été rapide; toutes deux ont été efficaces, mais il ne me semble pas indifférent de laisser dix ou douze minutes de plus un vieillard sous le chloroforme et de lui faire une opération qui l'expose à une perte de sang plus importante que par un autre procédé opératoire, plus rapide et par suite moins hémorragique.

Mais je vais plus loin, et je dis que seul le procédé opératoire qui consiste à soulever la prostate par le rectum avec les doigts est susceptible de donner toute garantie au point de vue d'une opération intégrale, de permettre d'affirmer qu'on a fait une opération complète.

Voyez ici ces deux petits adénomes : eh bien, j'affirme que si j'eusse voulu opérer sans faire la palpation bimanuelle de la prostate, pour avoir la prostate *entre mes deux mains*, je les aurais laissés; et j'en ai fait l'expérience : quand je cessais de presser la prostate entre les doigts de mes deux mains opposées, je les sentais; si je pressais avec la main vésicale seule, si je pressais avec la main rectale seule, je ne sentais rien.

Or il me semble important d'enlever toutes les productions morbides, si on veut avoir d'abord un résultat complet et si on veut éviter le retour des mêmes accidents; rien ne prouve que si je les eusse laissés, ces petits adénomes n'eussent pas grossi et n'eussent pu ramener les signes d'une hypertrophie prostatique et faire croire à une récidive, alors que c'eût été le résultat de l'évolution naturelle d'adénomes laissés en place.

Je défends donc l'énucléation par le doigt, quand elle est possible,

comme plus rapide, et plus sûre, et par conséquent plus chirurgicale.

Maintenant, faut-il ou non suturer les bords de la muqueuse de l'urètre prostatique à ceux de la muqueuse vésicale de façon à combler la cavité ou tout au moins à la recouvrir? Faut-il s'abstenir de drainer la cavité prostatique? Cette pratique serait assurément recommandable, et ce complément d'opération serait, lui, vraiment chirurgical. Mais si on songe que les vessies sur lesquelles on opère sont des vessies injectées, il me semble, comme M. Legueu, plus prudent de les drainer, de mettre au niveau de la cavité laissée par l'ablation des adénomes prostatiques une soupape de sûreté constituée par un *très gros* drain; qu'on ferme partiellement, je n'y vois pas d'inconvénient, au contraire, mais le drain me paraît fournir une garantie de plus à l'opérateur et à l'opéré.

J'ai fait la suture dans ma première opération, quoique la vessie fut infectée et l'eut été très fortement, mais j'ai eu en quelque sorte la main forcée; si j'avais eu des adénomes à énucléer, je ne l'aurais peut-être pas faite. En tout cas, je n'aurais pas osé me contenter d'un drainage simple par les voies naturelles et j'aurais toujours mis un drain par la voie haute.

Mon opinion au sujet du drainage par voie hypogastrique ne saurait être suspecte. Vous connaissez ma préférence dans les cas d'infection vésicale pour le drainage par les voies naturelles, en opposition avec le drainage à travers une incision hypogastrique. J'ai assez plaidé la cause du drainage par les voies naturelles dans le cas d'infection vésicale pour avoir le droit de parler ainsi. Mais ici les conditions sont toutes différentes; en effet; dans les cas d'infection vésicale simple il n'y a pas de plaie vésicale : dans les cas d'ablation de prostate ou d'adénomes prostatiques il y a une plaie vésicale : pour peu que la vessie soit mise en tension par défaut de fonctionnement de la sonde, il pourra se produire une infiltration dangereuse de produits septiques, et puis le premier temps de l'opération est l'incision de la vessie. C'est pourquoi je me sers de cette incision pour faire un drainage de sûreté par en haut. Si la durée de la convalescence en est un peu augmentée, ce qui n'est pas sûr, la sécurité des suites opératoires en est, elle, considérablement augmentée.

Ma pratique diffère, à ce point de vue, de celle de mes collègues, en tout cas, de celle de M. Legueu : notre collègue enlève les mèches le deuxième ou troisième jour, et ce n'est qu'à ce moment qu'il met une sonde à demeure.

Dans mes opérations, je mets d'emblée à demeure une sonde en gomme du calibre 22 ou 23 : je mets un gros tube dans la prostate, et, tout autour, des mèches.

J'enlève ces mèches le lendemain, et le tube prostato-vésical le cinquième ou sixième jour.

Je vois un avantage à cette pratique : c'est que j'ai remarqué que c'est tantôt la sonde urétrale, tantôt le drain hypogastrique qui fonctionne, quelquefois les deux à la fois ; alors, pour être sûr d'un bon drainage, j'emploie les deux drains, le drain par l'urètre et le drain par l'hypogastre.

Je profite de l'occasion pour affirmer ma préférence de plus en plus marquée pour l'ablation des adénomes prostatiques par la voie transvésicale, qui ne me paraît pas plus grave que la voie périnéale, qui est plus rapide, plus complète, entraîne une moins grande mutilation, ménage les canaux déférents.

La guérison est plus prompte, et les suites exemptes de complication ; j'ai vu, en effet, une incontinence d'urine persister après l'opération périnéale pendant quelques semaines après l'opération : l'inconvénient disparaît, mais il n'en est pas moins vrai que, pendant plusieurs semaines, il est gênant.

De plus, par voie transvésicale on n'observe pas de fistule urinaire : cet accident, à mon avis, est plus fréquent qu'on ne le dit à la suite de l'opération périnéale ; le hasard m'en a montré au moins une qui n'a pas été publiée, et ces fistules peuvent ou être la suite immédiate de l'opération, ou se montrer plusieurs mois après l'opération.

Plaie du rectum.

M. Baudet. — 1° Plaie par empalement du rectum. — M. Quénu, rapporteur.

Plaie de l'intestin grêle.

2° Plaie de l'intestin grêle et de l'utérus gravide. Suture, guérison. — M. Picqué, rapporteur.

Migration d'un dentier à travers le tube digestif.

M. F. Legueu. — Je vous présente un dentier qui vient de parcourir en dix jours la traversée du tube digestif chez une femme. Il a plus de trois centimètres de diamètre, contient deux dents et trois crochets très acérés. Malgré cela, il n'y eut aucun accident à sa migration. Avalé un mercredi à onze heures en déjeunant, je le suivais par la radiographie dans sa descente : dès la première radiographie, faite le vendredi, il n'était plus, semble-t-il, dans l'estomac. Le lundi, il était au-devant du sacrum, ainsi que vous pouvez le voir sur cette radiographie très nette faite par M. Infroit; et le mardi matin, il était expulsé sans avoir provoqué autre chose que de grandes inquiétudes.

M. Ricard. — La semaine dernière j'ai vu une dame qui avait avalé un dentier de cinq dents. La radiographie ne l'a jamais montré, car la dame était assez grosse. Le dentier a été expulsé spontanément vers le huitième jour.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion de voir un malade qui avait avalé un dentier avec sept ou huit dents moitié or moitié caoutchouc. Il resta arrêté, comme nous le montre une radiographie, au pylore pendant quelques jours, et cela avec des phénomènes très douloureux. J'étais décidé à faire une gastrotomie, lorsque trois jours après l'examen il fut rendu par l'anus, et cela sans aucune difficulté. Il ne faut donc pas se presser pour intervenir quand le dentier a traversé l'œsophage.

Sur les fils métalliques destinés à la suture osseuse.

M. Paul Thiéry. — Depuis que je m'occupe de sutures osseuses, j'ai eu, au début de mes recherches, de nombreuses difficultés relatives aux fils employés. Au début, j'employais le fil d'argent de un millimètre environ de diamètre. Mais fréquemment, soit au moment de la torsion du fil, soit même quelques jours après l'opération, le fil cassait à la base de la spire de torsion, et le résultat était gravement compromis.

C'est à ces échecs qu'on essaie de remédier par l'emploi des fils de bronze aluminium, plus malléables, plus solides.

Depuis plus de six ans, je n'emploie plus que le fil de cuivre, tel que celui que l'on trouve dans les fils enrobés de gutta utilisés pour la lumière électrique.

Ce fil est extrêmement souple, extrêmement résistant, il peut être tordu avec force, et assure une coaptation parfaite : il est facile à trouver, d'un bon marché extrême.

On a pu faire une objection à l'usage de ce fil : peut-être s'altère-t-il dans les tissus? Or, je n'ai jamais observé d'altération, même lorsqu'il s'agissait de fils placés au milieu de tissus infectés, dans certaines fractures du maxillaire inférieur, par exemple.

Je vous en présente un exemple sur une rotule que j'ai sciée puis suturée au fil de cuivre, il y a trois mois et demi, pour essayer dans un cas presque désespéré de conserver le membre inférieur en pratiquant une synovectomie et curettage osseux pour tumeur blanche très avancée, le malade refusant l'amputation.

La guérison n'ayant pas été obtenue, les fongosités ayant pullulé et la suppuration étant devenue profuse, en même temps que la cachexie du malade augmentait, j'ai fait ce matin l'amputation de la cuisse : à l'inspection de la rotule, vous constaterez que la consolidation osseuse est parfaite, et aussi que les fils de cuivre qui baignent dans le pus et les fongonsités depuis trois mois et demi ne sont altérés en aucune façon, et ne présentent aucune trace d'oxydation. Je crois donc que les fils de cuivre réunissent toutes les qualités qu'on est en droit d'exiger des fils de suture osseuse.

Fibrome ossifié du mésentère.

M. Guinard. — Dans l'avant-dernière séance, j'ai présenté ici une énorme tumeur du mésentère sur la nature de laquelle les avis furent partagés. M. Hartmann avait pensé que c'était peut-être une tumeur à tissus multiples développée aux dépens de débris wolfiens et j'avais fait l'hypothèse qu'il s'agissait d'un myome utérin, en migration. Voici la note que M. Cornil m'envoie à ce sujet, elle montre que ni l'une ni l'autre de ces opinions n'est exacte :

« J'ai examiné cette énorme tumeur du mésentère que vous m'avez adressée mercredi dernier. *C'est un fibrome ossifié.* Pas de fibres musculaires lisses, mais seulement du tissu fibreux, avec plus ou moins de cellules conjonctives suivant les points examinés. Les

îlots osseux ou les masses osseuses, compactes et considérables, sont formées de travées osseuses anastomosées en réseaux, pourvues d'ostéoplastes avec leurs cellules osseuses. La moelle intermédiaire aux travées osseuses est purement fibreuse, sans médullocelles ni myéloplaxes, ni graisse. L'ossification se fait par le tissu conjonctif dont les cellules deviennent des ostéoplastes. Je n'ai pas vu d'ostéoblastes dans les nodules périphériques en voie d'ossification. *Pas de cartilage.* »

Cet examen juge la question. J'ajouterai que la malade est maintenant tout à fait guérie.

Le Secrétaire annuel,

CHAPUT.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. REYNIER dépose sur le bureau de la Société, au nom de M. le Dr Lop : 1° une série de mémoires publiés dans divers journaux;

2° Un mémoire de M. LOP, intitulé : *Sur une variété d'adénite inguinale*, etc. Ce travail est envoyé à une Commission dont M. REYNIER est nommé rapporteur.

M. BAZY apporte un travail de M. ROUVILLOIS, intitulé : *Fracture du pubis, rupture de l'urètre membraneux. Cathétérisme rétrograde, urétrotomie périnéale.* — M. Bazy, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles.

M. POTHERAT. — Dans son rapport sur l'observation du Dr Dionis du Séjour, au cours de la dernière séance, notre collègue Ricard fait cette réflexion : « Malgré la péritonite commen-

çante, l'intervention pratiquée dix-huit heures après l'accident a été suivie de succès. Cela prouve qu'on peut obtenir des succès, même en différant l'intervention. »

C'est là une remarque très juste. Certes, elle ne doit en aucune façon nous engager à différer l'intervention dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par projectile; M. Ricard se garde bien de conclure ainsi, et il déclare avec nous tous, ou presque tous, que l'intervention immédiate, avant tout symptôme de péritonite, doit être notre règle de conduite.

Mais l'observation qu'il nous rapporte nous encourage à ne pas désespérer, ni refuser l'intervention, alors même que les plus graves symptômes péritonéaux se sont déclarés.

Je voudrais, à l'appui de cette opinion, vous rapporter un cas qui, pour être moins satisfaisant, puisque le malade a fini par succomber, n'en est pas moins confirmatif.

Il y a déjà plusieurs années, j'étais appelé très loin, en province, au milieu d'un pays boisé, auprès d'un homme de vingt-huit ans qui avait reçu dans l'abdomen un coup de feu dans les conditions suivantes :

Une battue aux sangliers avait été autorisée administrativement. Ces battues sont l'occasion pour chacun de s'armer d'un fusil, et quoique absolument inexpérimenté, de s'improviser pour un jour chasseur de fauves. Un sanglier, lancé par les rabatteurs, se dirigea vers la ligne des tireurs et vint à passer entre notre homme et un de ses camarades posté à une faible distance de lui-même. L'un et l'autre tirèrent au moment où l'animal franchissait la ligne. Celui-ci reçut, sans dommages, la rafale de plomb, et continua sa route, mais le malheureux homme de vingt-huit ans tomba. Il avait reçu toute la décharge de son voisin dans le flanc droit. La cartouche était chargée de chevrotines.

Quand j'arrivai auprès du blessé, un jour entier et deux nuits s'étaient écoulés depuis l'accident. Le flanc droit portait une blessure déchiquetée large comme une pièce de 5 francs, sous-jacente au foie, sus-jacente à la ligne ilio-ombilicale. Par cette plaie s'écoulait une sanie d'odeur intestinale; le ventre était partout douloureux, contracturé; le malade avait des vomissements bilieux très fréquents, le pouls au delà de 140, les extrémités froides, cyanosées, le facies péritonéal, etc. Inutile d'insister sur ce tableau bien connu.

Tout d'abord, je reculai devant une intervention qui me paraissait devoir être inutile; cependant je me laissai fléchir par la jeune femme du blessé, me suppliant de ne point m'en aller sans avoir tenté quelque chose, et je fis la laparotomie latérale, passant par le foyer de pénétration des projectiles. Je ne trouvai aucun de

ceux-ci, mais seulement des débris de vêtements, des parties molles pariétales, hachées, et, dans le péritoine, des anses intestinales, rouges, légèrement distendues par place, affaissées en d'autres points, le tout baignant dans un liquide blanc sale, d'odeur nauséabonde.

Je fis d'abord un très abondant lavage de l'abdomen à l'eau bouillie, puis, sans éviscération, je déroulai de proche en proche les anses de l'intestin. Je découvris ainsi huit perforations que je suturai suivant les règles habituelles, après quoi, je drainai, au milieu même des anses intestinales avec un gros drain et un Mickulicz, refermant, pour le surplus, la longue incision latérale que j'avais faite et par laquelle j'avais constaté l'intégrité du foie et des gros troncs vasculaires.

Je croyais ce pauvre homme voué à une mort fatale et toute prochaine; point du tout. Il survécut, il se ranima; les accidents péritonéaux s'atténuèrent puis disparurent; il mourut pourtant à la fin du dix-septième jour, et voici comment. Dès le deuxième jour après cette grosse intervention, le malade pouvait ingérer quelques boissons sans incident; bientôt on lui donna du lait. Mais alors on vit que son pansement s'imbibait littéralement d'un liquide lactescent; on se demanda si le lait ne passait pas par la plaie abdominale. On surveilla celle-ci de très près et on acquit bientôt la certitude que c'était bien le lait ingéré par le malade qui passait par la plaie abdominale et qui passait très peu de temps après l'ingestion. Une perforation de l'estomac ou de l'intestin, tout près de l'estomac, avait échappé à nos investigations, ce qui se conçoit aisément quand on évoque les conditions de notre intervention. Il eût fallu de nouveau ouvrir le ventre, et fermer cette perforation, ce qui, selon toute vraisemblance, eût permis la guérison. Le malade s'y refusa; il ne put s'alimenter suffisamment par des lavements nutritifs et il mourut d'inanition.

Ce fait me paraît, rapproché de celui du Dr Dionis, confirmer l'opinion que je rappelais au début, à savoir que s'il convient, en cas de choix, d'intervenir immédiatement, il est permis de garder quelque espoir encore avec une intervention très tardivement, trop tardivement faite, contre les projectiles ayant pénétré dans l'abdomen.

En ce qui concerne le mode de suture de la paroi abdominale, je ne m'étendrai pas. Je pratique constamment la suture en trois plans de cette paroi, m'efforçant de rétablir aussi exactement que possible la réalité anatomique. Je ne vois à cette manière de faire qu'une objection véritable, c'est que ce mode de suture est long, que parfois il prend autant et même plus de temps que l'intervention principale. Je ne crois pas que ce soit là une raison suffisante

pour y renoncer. Cependant, il a l'inconvénient de laisser dans les tissus des sutures perdues. Ces sutures sont un avantage tant qu'elles ne cèdent pas, et elles ne cèdent pas si elles sont parfaitement aseptiques. Cette condition essentielle réalisée, la suture à plusieurs plans, théoriquement et pratiquement, doit être la plus solide de toutes les sutures. Il n'en va plus de même si les fils ne sont pas parfaitement aseptiques; suivant les degrés, on aura immédiatement une infection plus ou moins grave des tissus, le relâchement partiel ou total des sutures, l'anaplastie et l'ouverture spontanée, ou sous l'influence d'un effort; avec une moindre septicité, on aura l'élimination secondaire des points de suture. Voilà des inconvénients sérieux et même graves à la suture à points perdus. Ce sont les inconvénients qu'a éprouvés le malade du Dr Dionis, et certainement il ne les eût point éprouvés avec une suture en un seul plan, à fils d'argent par exemple; nous en avons pour preuve que cette suture faite secondairement a donné un plein succès, même sur une paroi primitivement infectée.

Mais ces inconvénients, je le répète, sont indépendants de la technique opératoire. Il est clair qu'il faut avoir des fils parfaitement aseptiques pour pouvoir les laisser dans l'intérieur des tissus; si les parois tiennent qui sont suturées en un seul plan, même après l'ablation des fils, elles tiendront aussi, et même plus sûrement, alors qu'elles garderont des sutures qui les tiendront au contact, non pas pendant huit, dix ou douze jours, mais davantage encore.

Sans doute, il existe des organismes, anémiés ou débilités, qui sont anaplastiques; et cette fâcheuse disposition peut s'observer sur toute autre suture que celle d'une laparotomie, et le dicton populaire relatif aux gens dont les plaies guérissent facilement et aux gens dont les plaies guérissent mal n'est pas totalement dépourvu de fondement; mais il ne faut pas exagérer le rôle de cette anaplastie, et il faut, au contraire, pour y obvier, tenir le plus grand compte des petites ou moyennes infections locales.

Il est aussi un élément dont il convient de tenir compte et dont on n'a pas parlé, c'est la laxité ou la tension des parois abdominales. Avec des parois flasques par elles-mêmes, ou parce que l'opération a débarrassé l'abdomen d'une grosse tumeur, fibrome et surtout kyste, l'accolement est facile; cela ne tire aucunement, et, malgré l'amincissement des parois, cela s'unit bien. Tout autres sont les conditions si les parois ne se sont rapprochées qu'en tirant dessus; qu'il y ait alors un peu d'infection, ou même sans infection, qu'un effort un peu violent intervienne et la désunion pourra se faire, à moins que vos fils soient solides, aseptiques, perdus et résorbables tardivement. La malade auquel mon

maître, M. Segond, faisait allusion, était suturée à un seul plan, c'est vrai; elle a eu une quinte de toux, peu après l'enlèvement de ses fils, c'est encore vrai; elle n'avait aucune infection locale ainsi que j'ai pu le constater *de visu*, car j'assistais Clado quand il refit la suture, mais elle avait subi une opération de Battey et elle avait un très gros fibrome qui soulevait fortement sa paroi abdominale. Ce fibrome a été l'agent direct de la désunion, dont la quinte de toux n'a été que l'occasion.

Je dirai enfin, en terminant, que je ne crois pas au rôle qu'on a voulu faire jouer aux petites hernies épiploïques ou aux adhérences de l'épiploon à la suture pour justifier les désunions précoces des parois suturées. Quand on place une compresse sur la masse intestinale et qu'on suture le péritoine et les autres plans par-dessus, il ne peut pas se faire d'inclusions épiploïques immédiates. Quant au fait de M. Reynier, il me paraît devoir recevoir une interprétation un peu différente de celle qu'il nous a donnée. Sa malade n'a pas eu une éventration vaginale; l'épiploon prolabait, on l'a rentré, on a suturé le fond du vagin, mais on l'a suturé incomplètement puisqu'on a laissé un drain. Par le passage de ce drain retiré, l'épiploon s'est engagé de nouveau, on l'a rentré encore, mais il n'a pas tardé à ressortir; le vagin a voulu se refermer, il a enserré cet épiploon prolabé et une portion est restée dans le canal vaginal, où elle était en voie de sphacèle quand la malade s'est livrée aux ébats dont nous a parlé M. Reynier. C'est là un fait spécial et qu'il n'y a pas lieu, ce me semble, d'évoquer pour expliquer les éventrations immédiates après la laparotomie.

Rapports.

Note sur les amputations économiques du pied, par M. Souligoux.

Rapport de M. Ricard.

M. Souligoux nous fait connaître en peu de lignes, mais avec un grand nombre de radiographies, une série d'amputations économiques du pied :

Il nous présente des amputations de Lisfranc, des amputations de Chopart, de Roux-Fergusson, et enfin une série de sept amputations par le procédé que j'ai eu l'honneur de présenter ici

et auquel il veut bien donner le nom de procédé de Ricard.

Les « Lisfranc » sont connues, ainsi que les « Chopart ». Cette dernière opération, malgré l'ascension presque inévitable du moignon, donne de bons résultats orthopédiques. Mais combien sont rares les indications de cette opération, étant donnée la grande quantité des parties molles nécessaires à la bonne confection des lambeaux.

Aussi les amputations tibio-tarsiennes étaient-elles plus fréquemment exécutées que les désarticulations de Chopart.

Parmi ces opérations de l'arrière-pied, et sans vouloir faire un parallèle tout théorique, il en est une sur laquelle je me permets d'insister, puisque la communication de M. Souligoux m'en fournit l'occasion. C'est l'opération dont je vous ai donné la description en 1897. Cette opération consiste dans une amputation du pied avec conservation du calcanéum. Elle nécessite la création de deux lambeaux dont l'état des téguments donne les dimensions réciproques. Il est bien évident qu'il faut autant que possible accorder plus de longueur au lambeau plantaire.

Le lambeau dorsal disséqué, on pratique la désarticulation tibio-tarsienne par extension forcée du pied. Dès que le bord postérieur de l'astragale apparaît, le couteau fouille les interlignes astragalo-calcanéens, désarticule l'astragale et termine par une désarticulation calcanéo-cuboïdienne.

Il reste donc le calcanéum et la mortaise tibio-tarsienne. Le calcanéum est introduit dans la mortaise et les lambeaux sont affrontés. Si le calcanéum est exubérant, on résèque la quantité suffisante de la grande apophyse pour permettre l'affrontement du lambeau.

Les tendons dorsaux et les tendons et aponévroses plantaires sont suturés avec soin et la peau réunie.

Ce procédé, facile, exige un minimum de lambeau, inférieur à celui d'une désarticulation sous-astragalienne et il procure une véritable néarthrose tibio-calcanéenne; il donne un petit pied en miniature, avec un point d'appui normal, jouissant de mouvements et permettant le port d'une chaussure ordinaire.

D'ailleurs, les faits apportés par M. Souligoux sont une preuve indiscutable de l'excellence orthopédique de ce procédé. Je me rallie d'ailleurs aux conclusions de notre collègue, qui sont les suivantes :

I. — La meilleure des opérations économiques est celle qui, avec le minimum de raccourcissement, conserve le point d'appui normal et donne un moignon mobile.

II. — A ce point de vue, le Chopart est le procédé de choix dans le cas où il est possible.

III. — Si le Chopart est impossible par insuffisance du lambeau plantaire, on aura recours, de préférence, à l'opération de Roux-Fergusson, et, en dernier ressort, au procédé de Ricard, qui donne un moignon parfait, indolent et utile.

IV. — Aucune des amputations ostéoplastiques ne peut être comparée au procédé de Ricard, tant au point de vue de la facilité d'exécution qu'à celui des résultats fonctionnels.

M. Rochard. — J'ai eu l'occasion de faire quatre fois l'opération à laquelle M. Ricard vient de faire allusion : trois fois dans des cas de tuberculose du pied et une fois pour la régularisation d'un traumatisme ancien.

J'enlève du calcanéum ce qu'il faut pour permettre la réunion de la peau. Il m'est même arrivé de ne laisser qu'une couche très mince de cet os, et j'ai toujours été étonné de l'excellence des résultats. Mes malades ont tous conservé des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne, quoique j'aie rapproché une section osseuse vive d'un revêtement cartilagineux articulaire.

M. Lucas-Championnière. — Je constate aujourd'hui ce que j'avais déjà constaté lors de la première présentation de M. Ricard, que son opération paraît la plus intéressante de toutes celles qui ont été proposées pour les amputations partielles du pied. Je m'y intéresse particulièrement, parce que mes opérations d'ablation complète de tous les os du tarse, sauf le calcanéum, suivies de marche très satisfaisante, me font prévoir que les résultats pratiques de son opération seront tout à fait satisfaisants. Aussi je me permets d'exprimer le vœu qu'il puisse nous présenter l'opéré dont il vient de parler et qui marche bien depuis longtemps.

Ruptures traumatiques de l'urètre périnéal. Résultats opératoires, par M. Savariaud.

Rapport par M. F. LEGUEU.

A la suite de ma communication, M. Savariaud a recherché et retrouvé les résultats de trois interventions pour ruptures traumatiques de l'urètre périnéal ; il nous les a communiqués comme une contribution de nature à faciliter notre jugement sur la valeur de ces interventions.

Dans un premier cas, M. Savariaud s'est trouvé en présence d'un homme qui reçut un coup de pied sur le périnée; celui-ci déchira la paroi inférieure de l'urètre sur une certaine étendue. A l'opération, M. Savariaud trouva le corps spongieux ouvert sur une assez grande hauteur, et la muqueuse à peu près intacte quoique perforée en un endroit puisqu'il y avait urétrorragie abondante, mais pas de tumeur périnéale. On suture le corps spongieux rompu; le périnée est complètement fermé. La sonde est retirée au douzième jour; quand il sort de l'hôpital, le malade se passe le Béniqué 48. Actuellement, trois ans après, son urètre n'admet plus que la bougie 21.

C'est un bon résultat de la suture, mais il s'agissait ici d'une *rupture partielle*; la presque totalité de la circonférence de la muqueuse était conservée et si ce malade a encore aujourd'hui un rétrécissement traumatique, c'est avec la partie conservée intacte de sa muqueuse qu'il supporte les frais de la dilatation. Ce fait ne vient donc pas à l'encontre des objections que j'ai faites à la suture, puisque je n'ai envisagé que les ruptures complètes et totales.

Du second cas opéré par M. Savariaud je ne parlerai pas, car il est déjà publié et il n'est pas fait mention du résultat éloigné. Je note cependant qu'une première suture faite pour rupture complète échoua complètement et dut quelques semaines plus tard être complétée par une nouvelle intervention : cette fois la suture a tenu, mais le résultat éloigné est inconnu.

C'est de la troisième et dernière observation que je veux parler plus longuement, parce que celle-là a trait à la méthode en deux temps avec urétrostomie temporaire dont j'ai parlé l'autre jour et qu'elle ne paraît pas un résultat favorable de cette méthode.

Pour ces raisons, je vous demande la permission de citer textuellement l'observation de M. Savariaud.

B... (Auguste), trente-neuf ans, est tombé le 8 août 1906 à califourchon sur une solive. Il n'a pas perdu de sang sur le coup, et n'a pas trop souffert, mais il n'a pas pu uriner. Le lendemain matin, il constate que ses bourses sont enflées et de couleur aubergine. Il arrive au bout de vingt-quatre heures à l'hôpital, n'ayant pas uriné depuis l'accident et commençant à éprouver de fortes envies. Essai de cathétérisme infructueux par l'interne de garde. A mon arrivée, je constate que la vessie remonte près de l'ombilic et que tout le périnée et les bourses sont le siège d'une infiltration sanguine. Quelques gouttes de sang sortent par l'urètre.

Immédiatement, je pratique l'opération qui m'a été conseillée par mes amis Pasteau et Iselin, c'est-à-dire l'abouchement des deux bouts

en canon de fusil à la plaie périnéale. L'opération est faite à la stovaïne lombaire qui m'a donné toute satisfaction.

Incision médiane longue de 5 centimètres. Evacuation de l'hématome gros comme un œuf de poule. Le foyer siège un peu à gauche de la ligne médiane. Dans le fond de la plaie profonde de 4 à 5 centimètres on aperçoit : 1° Le bout antérieur de l'urètre qui distille goutte à goutte du sang rouge; 2° sur le côté gauche le tendon nacré du muscle ischio-caverneux; 3° profondément on sent et on voit l'aponévrose moyenne.

La recherche du bout postérieur comme toujours est assez laborieuse en raison de son état déchiqueté qui ne permet pas d'en reconnaître la lumière. Celle-ci ayant été rafraîchie d'un coup de ciseaux, immédiatement on aperçoit une fente étroite, dans laquelle une sonde glisse sans peine jusque dans la vessie. Evacuation d'un litre et demi d'urine limpide.

Les deux bouts du canal sont alors fixés à la peau. Le bout postérieur libre dans une étendue de 12 millimètres est réduit sur sa paroi supérieure à sa muqueuse mince et transparente comme un sac de hernie congénitale. Sur ses parois inférieure et latérales, il est au contraire doublé de tissu spongieux et même de fibres du muscle bulbo-caverneux qui lui donnent de l'épaisseur et de la résistance. En raison de la fragilité des deux bouts de l'urètre, je renonce à toute suture bout à bout et je pratique leur abouchement côte à côte à la peau du périnée. Cette suture urétro-cutanée me rappelle un peu la suture téno-cutanée de Chassaignac ou plus exactement la constitution d'un anus artificiel après résection de l'intestin. Les deux bouts sont isolément réunis à la peau à un demi-centimètre l'un de l'autre. Je renonce à les suturer ensemble par leur demi-circonférence correspondante, à cause de leur fragilité trop grande. Une sonde à bout coupé, introduite par le méat, ressort au périnée et rentre dans la vessie; elle est laissée à demeure. La suture urétro-cutanée a été faite à la soie fine. Comme le bout antérieur de l'urètre continue à saigner en nappe, je suis obligé de faire faire une compression locale qui a été bien supportée grâce à la stovaïne lombaire.

Les suites ont été relativement simples. *La sonde à demeure* ayant été arrachée par le malade le second jour, je prends le parti de le laisser pisser par son périnée. Mais il s'accommode mal de cette façon de faire; petit à petit, il se plaint d'uriner difficilement et finalement, vers le septième jour, il fait un fort accès de fièvre avec frissons et douleurs lombaires. Cet accès s'étant répété le lendemain, je lui remets la sonde à demeure et ces accidents, dus sans doute à une infiltration légère, disparaissent presque aussitôt. Localement la plaie va très bien. Les fils de soie sont enlevés au dixième jour. Les deux bouts de l'urètre tendent à s'enfoncer dans la profondeur et l'éperon, constitué par l'adossement des deux parois urétrales, tend à disparaître. La sonde à demeure est laissée pendant huit jours, puis on passe des Beniqués. Ces instruments jusqu'à la première semaine de septembre sont passés difficilement et d'une façon irrégulière. La

dilatation n'avance pas, au contraire. A ce moment je leur substitue des sondes bougies.

Dans la même séance, je puis passer jusqu'au 22. Depuis, le malade est dilaté régulièrement. Dans les premiers jours d'octobre, il est sorti de l'hôpital, sa fistulette périnéale étant complètement fermée. Actuellement, 19 octobre, il revient tous les trois ou quatre jours se faire passer les sondes. Il urine bien, et ne se plaint de rien, mais il précise au niveau du périnée un rétrécissement qui se laisse accrocher par les plus petits explorateurs, tout en admettant une bougie n° 21.

Et, M. Savariaud se demande si cette observation montre la supériorité de la nouvelle méthode sur l'ancienne, et il n'ose se prononcer.

Je l'oserai pour ma part, et je me garderai bien de considérer son malade comme un bon résultat : le rétrécissement va s'accentuer, j'en suis sûr, et forcer un jour ou l'autre M. Savariaud à une nouvelle intervention.

Mais vient-il, ce fait, à l'encontre des résultats que j'ai annoncés et des espérances que j'ai fondées ?

Je ne le crois pas, et voici pourquoi. Il y a trois façons de traiter une rupture de l'urètre; la suture, l'urétrostomie avec autoplastie ultérieure et enfin l'ouverture sans suture et cicatrisation, sur une sonde. Or, M. Savariaud n'a fait ni l'une ni l'autre de ces méthodes, mais il les a plutôt combinées, sans accumuler peut-être les avantages des unes et des autres. Il n'a pas fait ce que j'appelle l'urétrostomie correcte, c'est-à-dire franche, avec autoplastie ultérieure, mais après avoir abouché à la peau ses deux bouts aussi près l'un de l'autre, il a mis une sonde à demeure par le méat. Cette sonde à demeure a naturellement lutté contre la stomie réalisée; les bouts se sont rétirés sur la sonde, et comme ils n'étaient pas suturés, entre eux s'est constitué ce tissu de cicatrice, qui se forme fatalement lorque les deux bouts d'un urètre abandonné dans la plaie se cicatrisent sur une sonde. L'urètre a été reconstitué par du tissu fibreux au lieu de l'être avec de la peau; on a ainsi quelquefois des résultats immédiats assez bons; j'en ai eu, et celui de M. Savariaud est du nombre.

Mais on a naturellement de cette façon des résultats moins bons, et notre collègue prévoit déjà qu'il en sera ainsi pour son malade, et se demande ce qu'il devra faire alors.

Je lui conseille de refaire à ce moment une urétrostomie nette et franche comme si elle devait être définitive. Par-dessus, il fera longtemps après, un urètre en peau et non en tissu fibreux et il obtiendra, j'en suis sûr, le résultat qu'il a escompté et dont, je le crois, un petit détail de technique l'a privé.

Je remercie M. Savariaud de l'occasion qu'il m'offre de développer ma pensée sur ces points et je vous demande de vouloir bien vous associer à mes remerciements pour l'enseignement que comportent ses observations.

Communication.

M. PAUL REYNIER fait une communication ayant pour titre : *Des goitres aberrants, et de la difficulté de leur diagnostic avec les épithéliomas branchiaux.*

Cette communication, à laquelle répond M. PIERRE DELBET, sera publiée ultérieurement.

Présentations de pièces

Tumeur du rein, hypernéphrome.

M. ROUTIER. — La tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter provient d'une femme âgée de quarante-quatre ans qui vint dans mon service pour des douleurs du flanc droit, accompagnées de tuméfaction, et pour de l'hématurie.

Le repos fut suivi très rapidement de l'éclaircissement des urines. Trois analyses consécutives à quelques jours d'intervalle furent faites; l'urée restait toujours de 15 à 17 grammes par litre, les chlorures de 6 à 10 grammes, et, dans les deux premières, on trouva des traces d'albumine qui disparurent.

J'ai enlevé cette tumeur par la voie transpéritonéale à cause de son volume.

J'ai lié le pédicule du rein, j'ai dû détruire des adhérences assez vasculaires qui retenaient la tumeur aux parties voisines.

Vous pouvez voir que cette tumeur, qui a le volume d'une tête de fœtus à terme au moins, paraît sortir et déborder du rein dont on voit les deux pôles conservés. Cette masse globuleuse pèse 800 grammes; sur les parties latérales on voit encore une mince lame de rein qui n'existe plus sur sa convexité.

A la coupe cette tumeur est bigarrée, formée de zones grises,

blanches, noires, hémorragiques ; le parenchyme est de consistance molle, la capsule limitante est fibreuse et dure.

M. Herrenschmidt, qui me donnera ultérieurement l'examen histologique, pense que cette tumeur a toutes les apparences d'un hypernéphrome développé aux dépens du tissu surrénal de la zone corticale, absent dans le rein.

La malade va très bien ; il y a quinze jours qu'elle est opérée.

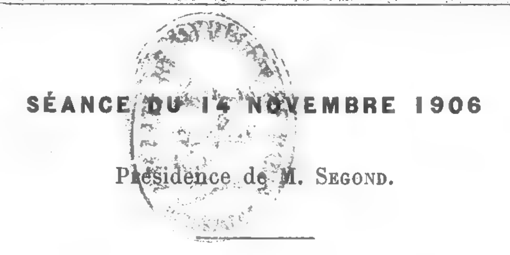
M. Hartmann. — La tumeur que vient de nous présenter notre collègue Routier me semble surtout intéressante par son siège ; il est rare en effet de voir ces tumeurs occuper la partie moyenne du rein ; le plus souvent elles siègent au niveau du pôle supérieur. Quant à sa nature, elle ne me paraît présenter rien de bien particulier, les hypernéphromes constituant le type habituel des tumeurs malignes du rein observées dans les services de chirurgie comme on le voit dans le mémoire de Lecène (1).

(1) In Hartmann, *Travaux anatomo-cliniques*, 2e série.

Le Secrétaire annuel,

Michaux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une demande de congé de M. SEBILEAU.

3°. — Une lettre de MM. BAZY et DELORME, qui ne peuvent assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la prostatectomie transvésicale.

M. F. LEGUEU. — Je voudrais présenter quelques réflexions à propos de la prostatectomie transvésicale et à la suite de la communication très intéressante de M. Bazy.

Notre collègue étant resté sur le terrain de la technique opératoire, je resterai moi-même confiné dans ce domaine.

Comme M. Bazy, je pense que le doigt sera toujours nécessaire pour faire l'énucléation de la prostate. Le doigt est seul capable de trouver le bon plan de clivage et de le retrouver au cas où il l'aurait un moment perdu. Jamais les ciseaux ni le bistouri ne permettront de faire, avec la même sécurité, ce décollement postérieur.

Mais les instruments peuvent être nécessaires pour détacher, à l'intérieur de la prostate, des fragments de muqueuse destinés à la réparation de la loge prostatique. Ceci m'appelle à parler du traitement de la cavité prostatique après l'ablation de la prostate.

En signalant ici, dans le courant de cette année, la tentative ingénieuse réalisée par M. Duval, j'avais bien pensé que cette manœuvre, si heureuse qu'elle eût été dans ce cas, ne pouvait pas être facilement généralisée. Peu de temps après, j'eus l'occasion d'en faire l'application, mais soit que la prostate fût trop grosse, soit que mon instrumentation fût défectueuse, je n'ai pu arriver à faire ce que je voulais, c'est-à-dire à isoler au-dessous de la prostate enlevée l'urètre membraneux et à le suturer à la vessie. Aussi bien, une autre fois, je cherchai sur un autre malade à procéder autrement; je cherchai à utiliser l'urètre prostatique lui-même et pour cela je taillai dans la prostate à droite et à gauche deux grands lambeaux muqueux aux dépens des faces de cet urètre prostatique, et j'ai pu, après l'ablation de la glande, appliquer ces deux lambeaux sur les parties correspondantes de la loge prostatique cruentée; l'hémostase étant de ce fait assurée, il n'y avait plus de raison de drainage. J'ai donc fermé complètement la vessie après avoir mis une sonde à demeure. Et la réunion s'est faite par première intention.

Ce malade a guéri plus simplement et plus rapidement que les autres.

Ces tentatives, sans doute, ne sont pas à généraliser ; elles ne sont jamais faciles, et elles pourraient être dangereuses si elles étaient appliquées inconsidérément à des malades très infectés; elles montrent cependant ce qu'on est capable d'obtenir avec la prostatectomie transvésicale et combien il est possible de réduire ici la morbidité opératoire.

Quoi qu'il en soit, la plupart des malades méritent d'être drainés largement et surtout d'être tamponnés pour éviter les risques de l'hémorragie.

Cette pratique a considérablement réduit en mes mains la mortalité opératoire.

J'ai pratiqué pendant quelque temps la suture des lèvres de l'incision vésicale à la couche musculaire, mais ayant observé une fistule de longue durée attribuable à cette manœuvre, j'y ai maintenant renoncé.

Rapports.

Invagination et étranglement de l'intestin à travers une fistule ombilicale adhérente à l'ombilic; hernie diverticulaire, par M. Letoux, de Vannes.

Rapport par M. TUFFIER.

Les observations qui font le sujet de ce rapport sont surtout remarquables par leur précision, les dessins et les pièces qui les accompagnent. Elles sont relativement rares et je me permets donc simplement de vous rapporter les traits principaux de l'observation de M. Letoux.

Louise G..., âgée de un mois, née à Elven. Entrée à l'hôpital de Vannes, le 22 août 1905, pour *Tumeur de la région ombilicale et phénomènes d'obstruction intestinale.*

Père et mère bien portants. Aucune anomalie. Deux autres enfants bien constitués. Naissance à terme. Accouchement facile. On remarque la grosseur du cordon. La matrone qui fit l'accouchement avait lié le cordon à bonne distance dit la mère. L'enfant se porta bien dans les premiers jours, la chute du cordon se fit normalement de toutes façons. Nourri au sein.

Vers le quinzième jour, apparut au nombril de cet enfant une tumeur rouge (rouge comme une cerise); cette tumeur grossit progressivement, l'enfant continuant à évacuer *par l'anus.*

Vers le vingt-cinquième jour, la tumeur ayant continué à grossir, l'enfant cessa de se vider par l'anus; les matières souillèrent la tumeur ombilicale dont le volume avait beaucoup augmenté. Il est malheureusement impossible d'obtenir des renseignements précis — la mère ne parle que le breton — et l'enfant n'a été montré au médecin qu'au dernier moment.

A la date de son entrée, la pauvre petite est en fâcheux état : *ventre ballonné*; *pouls petit, incomptable*; extrémités refroidies. Il s'agit d'une situation désespérée. L'aspect de la tumeur ombilicale est la suivante.

I. *Aspect de la tumeur.* — Le nombril donne issue à une tumeur de couleur rouge cerise, dont les dimensions et la forme peuvent se comparer à celle d'un œuf de poule, mais d'un œuf inséré au nombril par sa petite extrémité et dont le pôle inférieure, qui est le plus gros, porte deux protubérances.

L'une de ces protubérances, celle de gauche sur l'enfant, *de droite* sur le dessin, a la forme d'un cône court et arrondi, saillant d'environ

deux centimètres et présentant à son sommet un orifice, légèrement souillé de matières fécales, de couleur jaune. L'autre protubérance, sorte d'appendice est longue de 5 à 6 centimètres; elle a la grosseur d'un petit doigt; elle est recourbée sur elle-même, dessinant une courbe à concavité inférieure, il n'est pas possible de la redresser complètement, et il semble qu'une bride intérieure la maintienne et la ramène dans sa position première. Comme la précédente, elle présente à son extrémité un orifice, mais celui-ci *n'est pas souillé de matières fécales.*

Le revêtement total de la tumeur a franchement l'aspect d'une muqueuse; au niveau du nombril, la tumeur se continue ou semble se continuer directement avec la peau. Par places, la tumeur saigne en surface. Une injection d'eau poussée par l'anus ne donne rien du côté de la tumeur.

Quand l'enfant crie, la tumeur semble augmenter de volume.

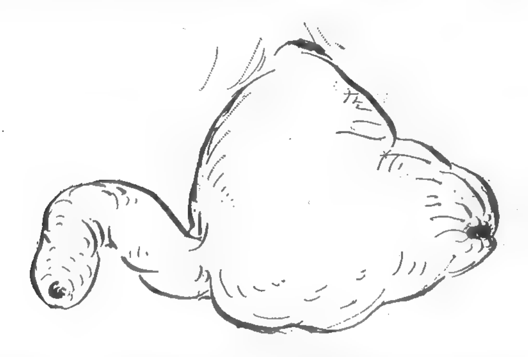


Fig. 1. — La tumeur était pédiculée et pendait ainsi.

Des tentatives de réduction faites sur chacune des expansions de la tumeur restent sans résultat; elles sont d'ailleurs conduites avec la plus extrême prudence et M. Letoux les abandonne rapidement, se décidant à l'opération.

II. *Intervention.* — Précautions habituelles... asepsie... Une incision de quatre centimètres est faite sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic; cette incision est poussée à fond vers son extrémité supérieure, jusqu'au moment où le bistouri rencontre le péritoine, qui est incisé dans l'angle supérieure de la plaie; l'épiploon est aperçu, les deux lèvres sont réperées, et, avec précaution, l'incision des parties profondes est faite de haut en bas, jusqu'au niveau de l'insertion de la tumeur à l'ombilic. La tumeur enveloppée de gaze est saisie de la main gauche et réclinée à gauche, on la libère de ses insertions à l'ombilic sur le côté droit, chose facile, puis la relevant vers la poitrine pour ensuite la recliner vers la droite, on continue de la libérer sur toute sa circonférence, et alors on l'attire hors du ventre.

On est alors en présence d'une sorte de champignon dont le pied montre *deux anses intestinales*; l'anse du côté droit est vide, celle de

gauche pleine à éclater; la tumeur forme le chapeau du champignon; en tirant doucement sur chacune des anses on tente de les désinvaginer de la tumeur : impossible; il faut sectionner la collerette, et alors le dégagement est facile; du côté droit, c'est celui de l'anse vide, on retire environ *quinze centimètres d'intestin*; de l'autre côté, peut-être un mètre, peut-être plus, et l'intestin retiré *n'a pas les dimensions d'une plume d'oie.* Bientôt *la réduction amène le retournement du chapeau*, et alors on peut se rendre compte qu'on est en présence d'un intestin avec diverticule perforé, diverticule court, situé au bord opposé à l'insertion mésentérique.

L'examen de la pièce a permis de le constater que la distance séparant ce diverticule du cæcum était d'environ 30 centimètres. On fixe rapidement cette perforation au péritoine, y place deux drains (suture en un plan au Florence de l'incision sus-ombilicale). L'opération fut faite très rapidement avec quelques gouttes de chloroforme, à cause de l'état très grave de l'enfant.

Mais, malgré toutes les précautions prises, l'enfant succombait le lendemain matin, faite plus tôt, cette opération devait donner un bon résultat.

Voici la pièce reconstituée aussi bien que possible; son volume réel était de beaucoup supérieur à celui qu'elle présente dans l'alcool, et, d'ailleurs, la quantité d'intestin (côté amont) réintroduite dans la poche est de beaucoup inférieure à celle qui y était invaginée ou introduite au moment de l'opération.

III. *Manière dont la tumeur s'est produite.* — Pour difficile que paraisse, de prime abord, le mécanisme de production de cette tumeur, il est, à la réflexion, facile de l'expliquer.

Supposons un diverticule de Meckel ouvert et adhérent au nombril; il sera facile de concevoir qu'au bout d'un certain temps, sous les efforts de propulsion de la masse intestinale, ce diverticule se puisse invaginer en lui-même, et alors nous aurons le type de tumeurs apportées à la Société de chirurgie par MM. Broca et Kirmisson. (Voir *Société de chirurgie*, année 1901, page 892.)

Ce sera une tumeur (rouge cerise) à revêtement muqueux et montrant, soit à son extrémité, soit latéralement, un orifice perméable à la sonde cannelée. On conçoit que si le diverticule est assez long, le cours normal des matières se continue sans que rien ne passe par la tumeur ombilicale; on conçoit aussi que, dans ces conditions, les matières peuvent à la fois passer par les voies normales et par l'orifice ombilical. Ces cas sont d'une rareté relative, et plusieurs ont été publiés; j'en ai moi-même observé un.

Si l'on veut bien supposer que l'invagination du diverticule se continue, c'est bientôt l'intestin lui-même qui vient se retourner dans le diverticule; mais alors le mésentère vient faire éperon, *et, au lieu d'un orifice, on en a deux* (Voy. fig. 2).

Le diverticule étant le plus souvent situé, comme dans ce cas, assez

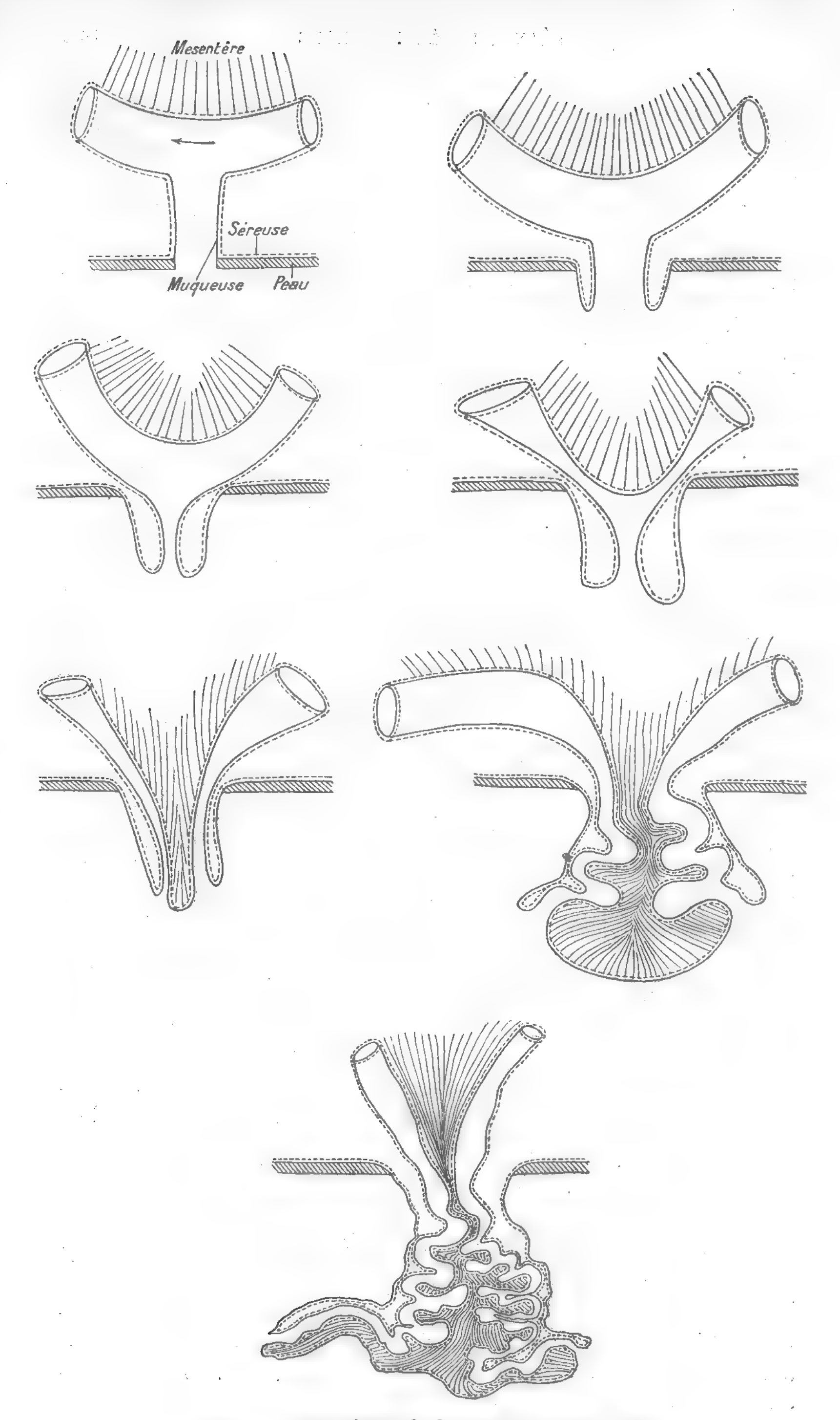


Fig. 2. — Mécanisme de la hernie diverticulaire.

près du cæcum, c'est-à-dire vers la fin du grêle, la quantité d'intestin en aval pouvant s'invaginer ne sera jamais considérable, et la tension du mésentère donnera, à l'expansion de la tumeur dans laquelle se logera cet intestin, l'*aspect coudé* signalé dans le cas actuel.

En amont, au contraire, on peut supposer l'introduction dans la tumeur d'une grande quantité d'intestin; les efforts de propulsion ne sauraient d'ailleurs que la favoriser, et le méso de ce côté y met peu d'obstacle.

En prenant un drain de caoutchouc perforé, on peut facilement, par retournement des deux bouts du drain par un orifice, reproduire la forme approximative de la tumeur en question.

Je ne veux pas insister sur la conduite à tenir. Dans le cas de simple invagination du diverticule, j'ai pratiqué la résection du diverticule, avec enfouissement, comme s'il s'était agi d'un appendice. Dans le cas rapporté ici, il était peut-être plus prudent de laisser une large ouverture.

L'accès de la tumeur et de son pédicule (intestinal) a paru facile par l'incision médiane sus-ombilicale, incision cherchant le péritoine dans l'angle supérieur, où il est incisé en toute sûreté, puis poursuivant l'ouverture du péritoine de haut en bas jusqu'à l'ombilic, à ciel ouvert, et sans qu'on court le danger de blesser l'intestin.

Messieurs, ce fait intéressant, joint à ceux qui nous ont été présentés par M. Letoux, lui méritent, je crois, les remerciements de la Société, et son inscription dans un rang favorable, lors de nos élections, au titre de membre correspondant de notre Société.

Voici maintenant deux observations analogues, que notre collègue, François Hue, m'a prié de vous communiquer :

Hernie diverticulaire et bride péritonéale due à la persistance des vaisseaux omphalo-mésentériques,

par M. FRANÇOIS HUE (de Rouen), membre correspondant.

J'ai l'honneur de vous présenter le moulage, les pièces et les dessins provenant d'un enfant nouveau-né. L'intérêt possible de cette observation me paraît résider moins dans l'existence d'une hernie diverticulaire, pour laquelle on demandait mon intervention, que dans la trouvaille de l'autopsie qui montra *la persistance de vaisseaux omphalo-mésentériques* sous forme de bride isolée, menace constante d'étranglement interne si l'enfant avait vécu.

J'ai à joindre au sujet de cette bride une seconde observation inédite recueillie par mon collègue à l'Ecole de Rouen, le Dr Dévé, Voici ces deux faits :

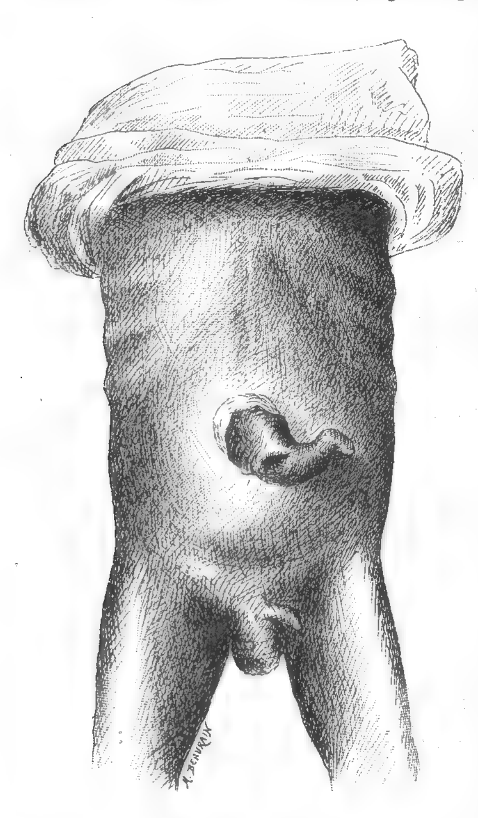


Fig. 1.

Obs. I. — L'enfant E... Louis, âgé de quatorze jours, est envoyé le 12 février 1906 dans mon service de l'Hospice-Général de Rouen, par le Dr Raullet, d'Aumale, pour une tumeur ombilicale laissant passer par un orifice la totalité des matières de l'intestin.

Les parents, bien portants, ont deux enfants vivants et ont perdu une fille à deux mois, avec une tumeur ombilicale attribuée, disent-ils, à ce que le cordon avait été mal noué.

Le dernier enfant, qu'on nous apporte, est un garçon maigre, chétif, dès la naissance duquel la matrone présente appela l'attention sur l'aspect étrange de l'ombilic. Les premiers jours, il y eut émission de méconium par l'anus, mais, depuis, tout passe par un orifice ombilical. L'allaitement maternel se fait avec facilité, l'enfant tête avidement, cependant il dépérit. Il ne vomit pas. L'examen révèle une tumeur ombilicale que la chute du cordon, survenue le huitième jour, a laissée à nu. Cette tumeur allongée, en forme de boudin irrégulier, part de la cicatrice ombilicale qui forme à la base un bourrelet de 2 centimètres. Elle a le volume du pouce et s'étend sur le flanc gauche en forme de trompe d'éléphant, plus mince à son extrémité. Elle atteint près de 10 centimètres de long. La couleur est rouge brun et l'aspect de la surface rappelle au premier coup d'œil celui d'une muqueuse intestinale sans villosités.

A sa surface existent deux pertuis. L'un situé à l'extrémité par lequel rien ne sort mais qui laisse un stylet pénétrer sans effraction dans toute l'étendue de la tumeur. L'autre à 3 centimètres de la base,

au sommet d'une petite saillie latérale, et par lequel les matières sortent abondamment.

La réduction de cette hernie est essayée sans succès par simple pression. L'enfant est si faible qu'on hésite à tenter une intervention sous le chloroforme. Sur ces entrefaites, des vomissements surviennent et l'enfant meurt qnatre jours après son entrée, le 16 février.

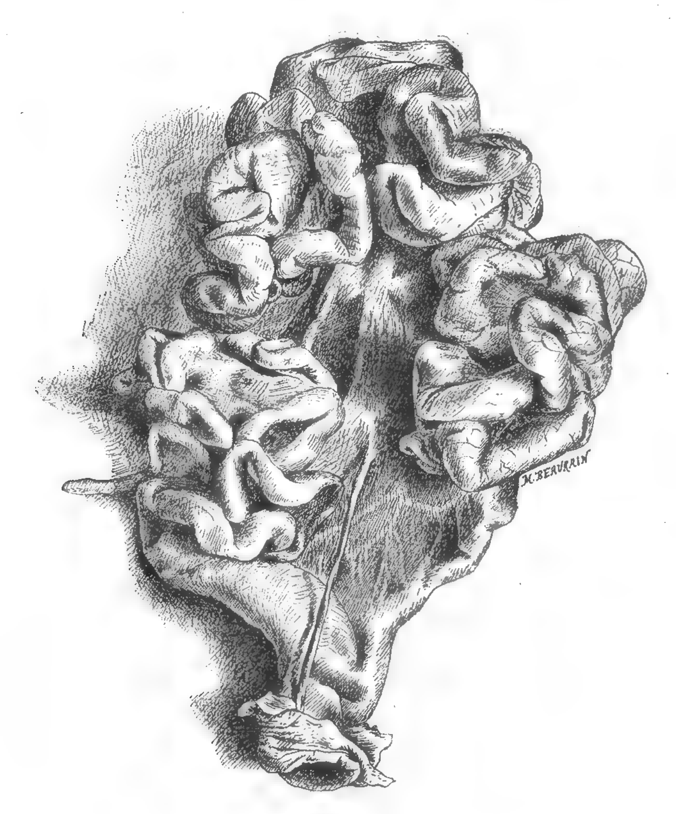


Fig. 2.

On peut se rendre compte, sur les pièces que voici, qu'il s'agissait bien d'une hernie diverticulaire. Le diverticule retourné servait de sac herniaire à une certaine partie de l'intestin, situé au-dessous de l'abouchement du diverticule, et qui avait continué à se retourner, muqueuse en dehors, formant le grand bout terminal de la tumeur. La réduction de cette hernie a présenté une certaine difficulté même en tirant l'intestin par l'abdomen. Le bout supérieur se trouvait fortement serré au niveau de l'orifice ombilical et il est dilaté, cependant les matières passaient encore un peu avec des gaz, l'étranglement n'étant pas complet. *Il eût été impossible de faire la réduction sans ouvrir l'abdomen.*

Mais je crois intéressant d'attirer surtout votre attention sur une corde intra-abdominale isolée et du diverticule et des autres organes, qui va de l'artère mésentérique supérieure s'insérer sur le pourtour de l'ombilic, directement sur le cordon de l'artère ombilicale gauche. Cette corde ne peut être due qu'à la persistance *d'une artère omphalo-mésentérique.* Cette artère était d'ailleurs restée perméable et contenait du sang. Un fin stylet passant dans la mésentérique supérieure s'engageait dans son calibre.

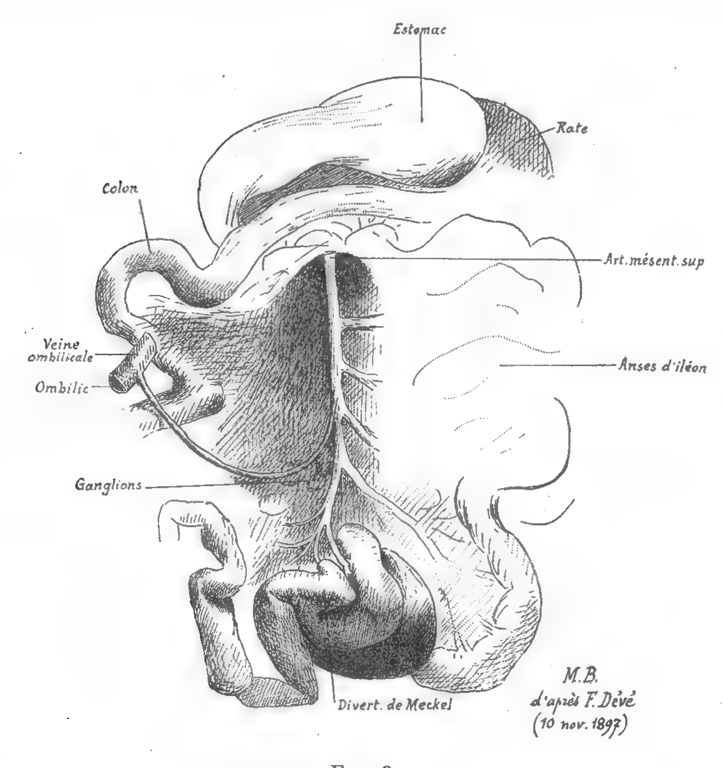


Fig. 3.

A signaler encore un arrêt dans la torsion de l'intestin. Le cæcum, situé dans le bassin, se continuait par un côlon ascendant qui n'était pas fixé, passait à gauche du diverticule et n'atteignait le flanc droit que par son angle.

Mon collègue, le Dr Dévé, qui vit les pièces que je vous présente, se rappella avoir observé pendant son internat de Paris un cas analogue où existait une bride identique avec un diverticule borgne et l'avoir dessiné. Ce sont ses deux dessins que je joins aux miens sous les numéros 3 et 4, dessins que je dois à l'habileté de M. Beaurain, un de nos internes de Rouen.

Les documents contenus dans les auteurs classiques au sujet de la

persistance des vaisseaux omphalo-mésentériques ne nous ont pas paru nombreux. Nous avons cependant trouvé dans le *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, l'indication d'un article de Fitz, dans l'*American journal of med. sciences*, de 1884. Dans cet article, il est dit que l'existence de vaisseaux omphalo-mésentériques, leur relation avec le conduit de même nature et leur persistance occasionnelle en totalité ou en partie, étaient bien connues de Meckel. Meckel dit : « Tout récemment je les trouvai chez un enfant de trois mois, naissant, comme de coutume, des veines et artères mésentériques supérieures, courant tout le long du

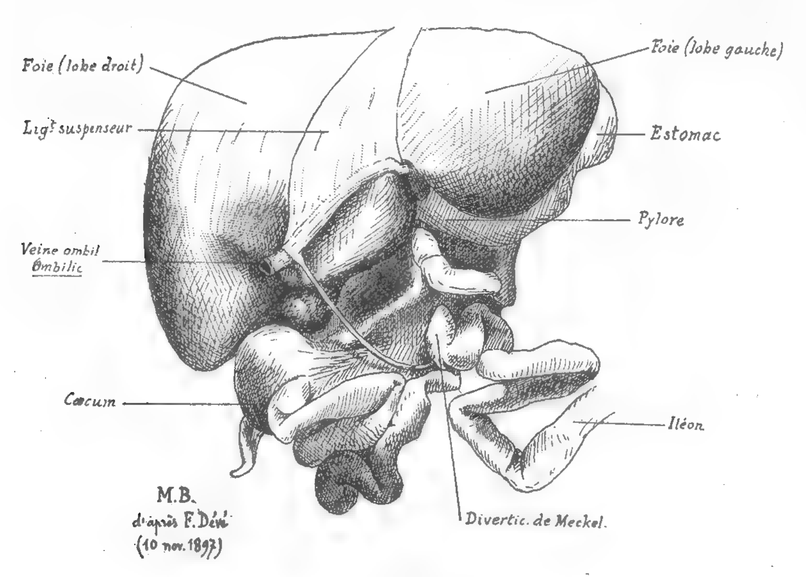


Fig. 4.

diverticule et transformés à leur extrémité en une solide corde, longue de plusieurs pouces et pendant librement. »

Il relate différents exemples de cordes semblables trouvées par Otto, Sandifort et Van Dœveren. Il ajoute : « Dans un de ces deux derniers cas, ce fil était adhérent au mésentère, de l'autre au côlon, formant ainsi une large bouche qui aurait pu occasionner de dangereux effets. » L'article de Fitz contient encore plusieurs observations de Van Dœveren, Monrœ, cité par Meckel, Eschricht, Falk, etc., où, chez des adultes, les débris persistant des vaisseaux omphalo-mésentériques déterminèrent des étranglements internes mortels.

Voici maintenant l'observation inédite qui appartient à M. Dévé :

Obs. II. — La pièce provenait d'un fœtus de sept mois et demi, hérédosyphilitique probable, bien conformé d'ailleurs, et ne présentant pas de stigmates spécifiques macroscopiquement reconnaissables, pas plus

au niveau des téguments que des viscères. Ce fœtus avait été fixé entier dans du formol fort, pendant plusieurs semaines, et put être étudié à loisir.

A l'ouverture de la cavité abdominale, notre attention se trouva immédiatement attirée par la présence d'un tractus filiforme, nu et libre dans la cavité abdominale, qui partait de la face postérieure de l'ombilic et allait se perdre, au milieu des anses intestinales, dans la racine du mésentère. Il s'agissait, sans aucun doute, d'une malformation, et non d'une adhérence pathologique, car le péritoine était partout lisse, normal, absolument exempt de toute lésion inflammatoire.

Le tractus, très régulier, avait le calibre d'un gros fil. Il s'insérait en avant, exactement au point de convergence des artères et de la veine ombilicales, en paraissant s'unir au bord inférieur de ce dernier vaisseau. Parti de là, il se portait directement en bas et en arrière pour atteindre la face antérieure et droite du mésentère, à quelques millimètres de son bord intestinal. A ce niveau, il pénétrait sous le péritoine et remontait dans l'épaisseur du mésentère, vers la colonne vertébrale. Dans son ensemble, le filament décrivait donc une courbe à concavité supérieure, dont le point déclive correspondait au point où il abordait l'intestin.

L'anse grêle avec laquelle il entrait en rapport était située à une faible distance du cæcum, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur la figure 4. Cette anse portait une formation anormale, présentant ici un intérêt tout particulier : nous voulons parler d'un petit diverticule de Meckel, complètement libre dans le péritoine. Le tractus filiforme affectait une relation évidente avec ce diverticule. Il ne s'insérait pas à son extrémité, ne s'accolait pas à une de ses faces, mais entrait en rapport étroit avec sa base entéro-mésentérique, qu'il longeait sur son flanc droit. Ce n'est que quelques millimètres au-dessus qu'il pénétrait dans l'épaisseur du mésentère.

La dissection l'y suivait facilement au milieu de petits ganglions lymphatiques et permettait de constater qu'il ne tardait pas à se brancher sur une artère mésentérique, — la mésentérique supérieure (fig. 4). Nous nous en sommes assuré en cathétérisant cette artère avec un crin de Florence, en partant de l'aorte abdominale, et cette exploration nous a montré que le petit tractus artériel intrapéritonéal était perméable au moins jusqu'à la moitié de son trajet libre.

Ces constatations établissaient que nous avions affaire à une *artère omphalo-mésentérique* anormalement persistante. Son siège, par rapport au diverticule de Meckel, laissait supposer qu'il s'agissait de l'artère omphalo-mésentérique *droite*.

Communications.

Des goitres aberrants, et de la difficulté de leur diagnostic avec les épithéliomas branchiaux (1),

par M. PAUL REYNIER.

Plus nous tenons compte des notions embryologiques, plus les faits semblent venir à l'appui de l'hypothèse émise par Konheim, que les tumeurs profondes sont dues souvent, on n'oserait pas encore dire toujours, à l'évolution anormale de cellules embryonnaires, qui, pour une cause encore inconnue, manquent au rôle qui leur était dévolu dans le développement des tissus ; elles restent à l'état de cellules embryonnaires, puis, à certain moment, prolifèrent ou dégénèrent d'une façon anormale, constituant ainsi des tumeurs, produits, comme le disait pittoresquement le professeur Bard, de Lyon, d'une cellule anarchiste, qui n'a pas obéi aux lois, qui régissent ses congénères dans leur évolution.

A l'appui de cette théorie, les faits sont nombreux, mais nulle part, mieux que dans la région cervicale, ils sont plus probants. Aussi se rattachant à cette théorie, rapidement a été admise l'étiologie de ces tumeurs primitives, naissant le long des vaisseaux, auxquelles Veau a donné le nom heureux de branchiomes, nom qui a le grand mérite d'indiquer l'origine de ces tumeurs, sans toutefois présager rien de leur bénignité, de leur malignité, et de leur constitution intime.

Branchiome s'appliquera, en effet, à toute tumeur primitive du cou, se développant aux dépens des restes embryonnaires inclus lors de la régression des arcs branchiaux, qui ont présidé à la constitution de la région.

Mais de ces arcs branchiaux, de leur revêtement, procèdent régulièrement des tissus fort dissemblables, cartilage, tissu conjonctif, muscles, épithélium, endothélium, voire même glandes salivaire, thyroïdienne, thymique.

Les différentes cellules embryonnaires, qui doivent se différencier ultérieurement pour la formation de tous ces tissus, sont dans les premiers jours de l'œuf, contiguës ; on comprendra par suite que si un groupe de ces cellules pour une cause encore inconnue, inclusion, ou simplement absence de développement, reste à l'état embryonnaire, ce groupe puisse être composé d'élé-

(1) Communication faite dans la séance du 7 novembre.

ments devant donner naissance à des tissus fort différents. Qu'à un certain moment ce groupe cellulaire, perdu dans les tissus, pour une cause inconnue prolifère, et prolifère plus ou moins anormalement, il se formera ainsi des tumeurs complexes, comme aspect histologique, et dont la complexité sera expliquée par la complexité de l'assemblage cellulaire qui en a été le point de départ.

La complexité est, en effet, un des caractères distinctifs de ces tumeurs d'origine branchiale, et qu'on retrouve soit dans les tumeurs mixtes de l'enfance, soit dans les épithéliomas branchiaux.

Si, dans ces dernières tumeurs, la prédominance de l'élément épithélial a fait prononcer le mot d'épithélioma branchial, par contre, à côté de cet élément, on trouve du tissu myxomateux, qui a fait ranger, par des auteurs très compétents, quelques-unes de ces tumeurs dans la classe des sarcomes, des globes épidermiques, qui ont fait penser à l'origine thymique, et enfin, des vésicules colloïdes, qui ont fait admettre l'origine thyroïdienne.

Tous ces diagnostics histologiques ont été défendus avec raison, car ils ont été portés sur la constatation de faits véritables, et en tenant compte de la prédominance sur les coupes de tel ou tel tissu.

Moins justifiée, par contre, est la critique qui a été faite de ces diagnostics par des auteurs, qui, cherchant à établir une seule classe de tumeurs branchiales, histologiquement bien définie, ont dans les observations ultérieures vu des cas à rapprocher de leurs cas particuliers, n'hésitant pas à mettre en suspicion l'interprétation histologique faite par leurs devanciers.

Ainsi dans la thèse, très remarquable à beaucoup de points de vue, de Veau, nous voyons discuter certaines observations présentées comme des cancers d'un corps thyroïde aberrant par Trèves, Guttmann, Plauth, Berger, Cipriani, Kapsammer, de Santi, Hofmeister, Rembach, Lanus, tumeurs dont les symptômes cliniques, relevés dans ces observations, concordaient, il est vrai, avec ceux des épithéliomas branchiaux : on trouvait, en effet, là, une tumeur primitive de la région carotidienne, adhérente à la paroi externe des vaisseaux, soulevant le muscle sterno-cleido-mastoïdien, et faisant saillie sous son bord postérieur entre lui et le trapèze. Mais l'examen histologique avait fait reconnaître des vésicules colloïdes, des végétations dans l'intérieur des kystes, comme on peut en avoir dans les tumeurs de la thyroïde. Ce sont ces caractères histologiques qui avaient fait porter à M. Berger le diagnostic de cancers de goitre aberrants.

Or, Veau faisait remarquer que ces vésicules colloïdes avaient

pu se rencontrer dans d'autres tumeurs, tel qu'un sarcome parotidien. De Planteau, dans une tumeur du voile du palais de Berger, contestait la valeur de ce caractère histologique, ajoutant qu'il ne savait pas que des glandes thyroïdes aberrantes eussent été rencontrées dans les régions des tumeurs branchiales qu'il étudiait. Cet argument lui paraissait même si péremptoire, que dans ses conclusions il y revenait, et, tout en ne niant pas absolument l'existence des tumeurs du corps thyroïde aberrant, il jetait un doute énorme sur leur existence, en disant : « Des goitres aberrants ne peuvent se développer que dans les glandules aberrantes du corps thyroïde. Or, l'anatomie nous apprend que ces glandes existent derrière l'œsophage, autour de la thyroïdienne inférieure, dans le médiastin. Pas un auteur n'en a mentionné dans la région sous-maxillaire ou vers l'angle de la mâchoire, ni surtout dans la gaine des vaisseaux ? Et nous pouvons, puisque l'histologie nous manque, dire de par l'anatomie : quand une tumeur s'éloigne tant soit peu du corps thyroïde, ne faites jamais le diagnostic de goitre aberrant. »

Or, c'est pour répondre à cette manière absolue de voir, que je viens aujourd'hui vous apporter deux observations de goitre aberrant, indiscutables, l'un sous l'angle de la mâchoire dans la région sous-maxillaire, l'autre adhérant à la face externe des vaisseaux sous le sterno-mastoïdien, faisant saillie dans le triangle sus-claviculaire. Ces observations montrent que si l'histologie ne permet pas de mettre en doute l'origine thyroïdienne de certaines tumeurs branchiales, l'anatomie ne le permet pas plus ; car, contrairement à ce qu'on a dit, il semble qu'il peut se produire dans le développement du cou des aberrations de situation de ces cellules embryonnaires thyroïdiennes, d'où plus tard la formation de goitres aberrants dans les points mêmes où on avait cru pouvoir mettre leur existence en doute.

Or, voici mes observations :

Observation I, que je transcris d'après les notes prises par mon interne, M. Lutaud.

Mme X..., opérée par M. Reynier, la première fois le 9 mars 1905, la deuxième fois le 15 avril 1905.

La malade qui fait l'objet de notre observation, Mme X..., est âgée de cinquante-trois ans. C'est une personne maigre, mais jouissant habituellement d'une bonne santé.

Elle vient à l'hôpital pour une tumeur siégeant dans la région latérale du cou, du côté droit.

Examen de la région. — A l'examen de cette région, *nous observons deux tumeurs*, une *grosse* siégeant sous le *bord antérieur* du sterno-cléido-mastoïdien qu'il soulève et débordant son bord externe, à une hauteur correspondant au niveau de l'os hyoïde, et une *petite* plus basse, siégeant derrière le sterno-cléido-mastoïdien dans le triangle sus-claviculaire et à la base de ce dernier.

A l'inspection, la peau de la région est normale, mobile, et ne présente aucune circulation cutanée exagérée.

A la palpation, la tumeur paraît solide et profondément située dans la région carotidienne, *sans prolongement* vers la ligne médiane.

Elle paraît en outre adhérer assez solidement aux plans profonds; par contre, superficiellement, il n'y a aucune adhérence et la peau glisse au-devant d'elle avec la plus grande facilité.

Il en est de même de la petite tumeur.

Cette dernière est de la taille d'un marron; quant à la grosse tumeur, elle atteint la taille d'une orange.

Toutes deux sont parfaitement indolores.

Les *troubles fonctionnels sont nuls*; aucun trouble circulatoire, aucune gêne ni dans la déglutition, ni dans la respiration, aucun trouble de compression.

Notre malade vient se faire opérer, plutôt par « coquetterie » ou par peur de voir la tumeur progresser indéfiniment.

A part cela, elle *n'en souffre d'aucune façon*, c'est à peine si elle ressent un peu de gêne dans les mouvements du cou.

Interrogatoire de la malade. — La *grosse tumeur* a *débuté il y a* environ *vingt-six ans*, vers 1878; la malade avait alors vingt-sept ans. Elle s'en est aperçue quand la tuméfaction avait environ la grosseur d'une noisette. Comme elle était indolore, la malade ne s'en occupa pas davantage. Dix ans après, vers 1888, la tumeur avait la taille d'un gros marron et elle continua à progresser très lentement jusqu'en 1900. Dans ces cinq dernières années, elle a paru augmenter plus rapidement.

La *petite tumeur* semble avoir débuté en même temps que la grosse. La malade n'y faisait guère attention et n'a pas remarqué sa progression.

La malade qui se dit *très nerveuse* est ensuite examinée plus complètement.

Le *faciès est très légèrement basedowien*, il y a *un peu d'exophtalmie*, le regard est fixe par instants. Pas d'inégalité pupillaire.

Le *cou* qui mesure 32 centimètres (mensuration faite après l'opération) ne présente pas de goitre, mais sa base paraît un peu élargie.

A la palpation on ne sent rien d'anormal.

Le *cœur* est intéressant à étudier.

A *l'inspection*, on voit nettement le choc de la pointe au-dessous du mamelon et sur la ligne verticale passant par ce dernier. La main posée en avant de la région précordiale perçoit un choc violent à chaque systole.

La percussion ne montre pas d'augmentation de volume de l'organe.

A l'auscultation, *tachycardie* très prononcée sans lésions valvulaires, ni souffle extracardiaque. Le pouls est fréquent et donne 100 pulsations à la minute. De plus, il est irrégulier.

Rien à noter ni du *côté des reins*, ni du côté du *système nerveux*. Pas d'hystérie; pas d'abolition du réflexe pharyngien; pas d'épilepsie; réflexes normaux.

Pas de syphilis.

A noter cependant un autre signe basedowien, du *tremblement* marquant environ 30 oscillations à la minute.

Enfin, il faut noter tout spécialement le caractère émotif de la malade et certains petits symptômes, tels que bouffées de chaleur, alternatives de rougeur et de pâleur de la face, etc.

Antécédents personnels. — La malade est née à *Anney* (Pas-de-Calais). Elle vint au monde à huit mois. Pas de convulsions dans la première enfance. Rien à noter dans les premières années de la vie si ce n'est un *ictère* qui aurait duré plusieurs mois.

Rien à noter jusqu'à son mariage.

C'est vers ce moment que débute la tumeur du cou et les palpitations fréquentes, seule affection dont la malade se plaigne. Ménopause assez difficile, en 1899. A cette même date, coqueluche très violente suivie d'exagération de l'exophtalmie et d'hémorragies nasales.

La malade est mariée à un homme de cinquante-cinq ans, très bien portant, qui n'est pas nerveux et qui ne semble pas avoir eu aucun accident syphilitique.

Elle n'a jamais eu de fausse couche et a deux enfants vivants de son mariage.

Ce sont deux filles, dont l'une est mariée sans enfants, toutes deux bien portantes.

Devant les symptômes de goitre exophtalmique fruste que présente la malade, nous avons eu la curiosité de rechercher en détail les antécédents héréditaires de Mme X...

L'hérédité de notre malade est aussi peu chargée que possible. Au point de vue nerveux, cependant, il faut noter *le père* de la malade qui présentait, paraît-il, du tremblement continuel avec soubresauts dans les membres et qui était d'une nervosité véritablement morbide, et la *mère* de ce dernier (*grand'mère* de Mme X...) qui présentait des symptômes analogues.

Pas de *goitre* dans la famille.

Opération. — La malade est endormie assez facilement. Incision de 15 centimètres environ sur la tumeur, suivant une ligne longeant le bord externe du sterno-cléido-mastoïdien.

On tombe sur la *tumeur* qui ne présente pas de vascularisation exagérée.

Difficultés d'extirpation très grandes. On est dans la région des gros vaisseaux et ces derniers ne paraissent former qu'un avec la tumeur. Dissection lente qui permet de libérer la tumeur en dehors du côté du sterno-cléido-mastoïdien (qui est enlevé en partie) et un peu en arrière.

On arrive ainsi sur l'artère carotide. C'est à ce moment que l'opération devint des plus délicates, le vaisseau et la tumeur ne formant qu'une masse entourée elle-même d'une zone inflammatoire. On finit par libérer l'artère, en laissant adhérents à sa tunique externe deux petits lambeaux appartenant à la coque externe de la tumeur. On ne sent ni on ne voit aucun ganglion ni aucun prolongement de la tumeur vers la ligne médiane (région thyroïdienne).

Ligature de vaisseaux d'un volume assez considérable se rendant à la tumeur.

Drainage. Sutures.

Suites opératoires. — La malade, dès le soir de l'opération, est un peu agitée. Le lendemain et le surlendemain, l'agitation est extrême. Il y a même du délire. La malade veut à toute force se lever, elle rejette tout ce qui la recouvre (couverture, drap, etc...). Elle se plaint de sécheresse de la bouche. A ce moment elle a tout à fait le facies basedowien, présentant cette carphologie spéciale à tous ceux qui ont subi des interventions sur le corps thyroïde. Exophtalmie prononcée, tachycardie considérable, tremblement, agitation. Le cinquième jour, tout rentre dans l'ordre.

Pendant ce temps, l'état local était resté excellent. On enlève le drain le quatrième jour. Pansement tous les deux jours jusqu'à l'exeat de la malade.

Mais dès les premiers pansements, nous nous apercevons qu'il existe une petite grosseur du volume d'une noix dans le triangle sus-claviculaire, sous le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Comme nous avions eu la notion bien nette que nous concevions au moment de l'opération, nous pensâmes qu'il s'agissait d'un ganglion situé au-dessous de la tumeur et séparé d'elle, qui nous avait échappé.

Au bout de quinze jours, la malade allant bien, quittait le service; mais on lui disait de revenir pour la grosseur qui persistait dans le creux sus-claviculaire.

En effet, elle revenait un mois après. A ce moment sa grosseur avait augmenté, et était du volume d'une petite mandarine; elle était située exactement dans le creux sus-claviculaire à un bon travers de doigt de la clavicule, cachée en partie par le bord postéro-externe du sterno-mastoïdien. Elle était mobile, et ne paraissait pas adhérer dans la profondeur.

Je l'opérais quelques jours après.

La peau sectionnée ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané, j'arrivais sur cette tumeur que j'enlevais très facilement, comme on aurait enlevé un ganglion. Je refermais sans drainer, et six jours après la malade quittait le service, revenant au bout de quatre jours se faire enlever les crins.

Or, voici ce que l'examen histologique fait par mon distingué

assistant d'histologie et de bactériologie, le Dr Cruveilhier, a relevé. Je donne ici la note telle que M. Cruveilhier me l'a remise :

Examen histologique. — Les deux tumeurs apportées au laboratoire sont sectionnées suivant leur grand axe.

Elles apparaissent alors l'une et l'autre comme constituées essentiellement par une enveloppe ou coque fibreuse dont l'épaisseur diffère suivant les points et par un nombre considérable de petites logettes groupées sans ordre, dont les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'un petit pois.

Au microscope, toutes ces cavités apparaissent remplies par une substance amorphe qui se colore en violet par l'hématéine et se présente tantôt sous l'aspect d'un seul bloc comblant toute la lumière, tantôt sous celui de plusieurs blocs de dimensions variables tassés les uns contre les autres.

On perçoit en même temps des cloisons qui partent de l'enveloppe fibreuse de la tumeur, lui donnant un aspect irrégulièrement lobulé.

Beaucoup des cavités que présentent ces tumeurs ont les dimensions et l'aspect des vésicules du corps thyroïde normal. D'autres sont dilatées au point de mériter par places le nom de véritables kystes.

Ces vésicules sont toutes parfaitement closes et ne s'ouvrent jamais les unes dans les autres ou dans un conduit excréteur quelconque.

La face interne de ces cavités est revêtue d'un épithélium cubique légèrement aplati dans quelques grands kystes. Parfois même l'épithélium refoulé s'est atrophié et a disparu.

Dans certaines vésicules, on ne retrouve même plus trace, pour ainsi dire, du revêtement épithélial interne.

On constate en outre à l'intérieur des vésicules des macrophages dont les uns sont remplis de granulations pigmentaires dissimulant complètement leurs détails de structure, tandis que les autres laissent voir au centre leur noyau pâle. On trouve souvent mêlés à ces macrophages des globules rouges.

Dans certaines cavités et particulièrement dans celles qui sont situées à la périphérie de la tumeur, on perçoit des végétations arborescentes faisant saillie dans la cavité même du kyste.

Il faut noter enfin dans la même région une prolifération intense de l'épithélium qui arrive à combler entièrement parfois la cavité de ces vésicules.

Dans les cloisons fibreuses qui séparent entre eux les groupements de vésicules, on perçoit des foyers d'infiltration inflammatoire constitués surtout par des cellules mononucléaires dont un grand nombre sont gorgées de granulations pigmentaires.

Ce dernier fait s'explique par la présence dans ces tumeurs de nombreux foyers hémorragiques extra et intra-alvéolaires.

L'épaississement de la coque fibreuse elle-même est certainement d'origine inflammatoire.

On y trouve des foyers d'infiltration à cellules mononucléaires indiquant qu'il s'agit d'une inflammation chronique et des lésions vascu-

laires très intenses. Quelques vaisseaux présentent en effet des signes caractéristiques d'endartérite oblitérante. On trouve même des petites artères complètement oblitérées.

Dans un point de la coque fibreuse, une masse irrégulière est incluse. A l'examen histologique, celle-ci se présente avec la structure d'un ganglion lymphatique. Nous n'avons pas trouvé dans l'épaisseur de ce ganglion des cellules épithéliales métastatiques.

Conclusions. — En résumé, il s'agit de tumeurs développées sans aucun doute aux dépens de vésicules thyroïdiennes présentant une hyperplasie des éléments glandulaires avec foyers apoplectiques et lésions chroniques interstitielles pouvant être considérées comme des épithéliomes au début. L. C.

Obs. II. — Cette fois encore il s'agissait d'une femme. Comme antécédents, elle avait un père et une mère très alcooliques; elle vint me trouver, en 1884, il y a maintenant vingt-deux ans.

Lorsque je la vis, je fus tout d'abord frappé de l'aspect de cette femme. Elle représentait en effet le type de la demi-crétine; petite, la figure boursouflée, myxœdamateuse, les mains également épaisses, la peau jaune, sèche, les cheveux ternes, rares, cassants, les dents mal rangées, avec propulsion en avant, la mâchoire s'avançant, donnant à la figure un caractère bestial. L'intelligence était presque nulle. Elle vivait avec sa cousine qui dirigeait une maison de draperie, et celle-ci l'occupait à nettoyer la maison, la faisant vivre par charité, mais ne pouvant l'occuper qu'à des travaux manuels; elle avait pu cependant apprendre à lire; elle parlait très mal, ne savait pas compter, et était difficile à comprendre; et avait cette apathie et cette indifférence des choses de la vie.

Chez cette demi-crétine existait du côté gauche du cou une tumeur de la région sous-maxillaire du volume d'une très grosse orange, tumeur faisant saillie sous le plancher de la bouche, repoussant la langue, et recouverte par la muqueuse amincie, donnant ainsi tout à fait l'idée d'une énorme grenouillette sous-maxillaire. En bas, la tumeur descendait jusqu'à l'os hyoïde. La peau était mobile au-dessus, nulle part adhérente, et ayant sa coloration normale, ou mieux celle jaune paille du reste du corps.

Cette tumeur existait depuis un certain nombre d'années; on ne put toutefois me dire si elle existait depuis l'enfance. On ne s'en était préoccupé que dans les deux dernières années, parce qu'elle avait pris subitement un gros développement. Elle gênait pour parler, mais comme la malade n'avait jamais bien parlé, on ne s'était pas aperçu de la différence.

Je crus devoir faire le diagnostic de grenouillette, étant donné le siège sous-muqueux de la tumeur, son aspect, sa position. Mais étant donné le volume, je crus devoir aller extirper cette grenouillette par la région sous-maxillaire. Je la fis venir à Paris, et ce fut avenue du Roule que je l'opérai. Or, la peau et le peaucier sectionnés, je fus étonné de me trouver en face d'une tumeur polykystique, entourée d'une coque

fibreuse, que j'arrivai avec peine à énucléer complètement. Mais au moment de l'enlever, je m'aperçus que, par un prolongement, elle s'attachait à l'os hyoïde, et je fus obligé de lier à ce niveau deux gros vaisseaux dont l'un me parût se rendre au-dessous de l'os hyoïde du côté de la carotide, et qui me fit penser à une thyroïdienne anormale.

Les suites de l'opération méritent encore d'être relatées. Les deux jours qui suivirent, la malade fut très agitée, et eut cette carphologie toute spéciale, ce besoin de ramener ses draps, de se découvrir, qu'a présenté la malade de ma première observation, et que dans un travail fait en commun avec le Dr Paulesco sur le corps thyroïde nous avons noté comme une des suites fréquentes, sinon habituelles, de toute opération sur le corps thyroïde; agitation, je le répète, toute spéciale qu'on ne voit que pour ces opérations, et que je n'ai jamais vue pareille pour d'autres interventions.

Cette agitation n'était pas due à un défaut d'asepsie car la malade ne suppura pas, et quitta au bout de quinze jours la maison de santé, guérie.

Or, l'examen histologique, fait par mon regretté élève M. Pillet, fut le suivant. Je transcris la lettre qu'il m'a écrite.

Mon cher maître,

La tumeur que vous m'avez donnée à examiner me paraît être un adénome kystique thyroïdien, développé dans une de ces glandules accessoires que Verneuil avait signalés, et sur lesquels Gruber a attiré notre attention. — Nous avions en effet affaire à une tumeur polykystique, dont certains kystes contenaient une matière colloïde, comme celle qu'on trouve dans les goitres, d'autres du sang ou mieux du liquide sanguinolent.

Sur plusieurs coupes, on voit que ces kystes ont une paroi kyaline, recouverte d'une seule couche de cellules polygonales, comme on en voit dans les vésicules du corps thyroïde. Sur quelques kystes qui contiennent du sang et de la matière colloïde, on voit saillir sur la paroi de petites masses composées de tubes thyroïdiens n'ayant pas subi la transformation alvéolaire. Ils sont entourés d'une couche conjonctive très mince, remplie de gros vaisseaux, dont la rupture a été la cause de l'hémorragie. Sur d'autres coupes, on voit nettement des tubes glandulaires, formés par des cellules cubiques, et sans substance colloïde, rappelant ceux qu'on voit sous la coque du thryoïde du jeune sujet.

Le diagnostic histologique d'adénome thyroïdien, sur quelque point semblant se transformer, ne me paraît pas douteux.

Je rapprocherai de cette observation celle que mon ami, M. Jalaguier, publiait dernièrement d'un kyste de la région sous-maxillaire, adhérant comme ma tumeur à l'os hyoïde, et qu'il n'hésitait pas à regarder comme un kyste thyroïdien aberrant, de la nature de ceux décrits par Verneuil, Zuckerkandt, Streickeisen.

Ainsi voici trois observations qui viennent montrer que dans la région sous-maxillaire, vers l'angle de la mâchoire, et *dans la gaine des vaisseaux* peuvent se trouver des glandules aberrantes du corps thyroïde qui donneront naissance à des goitres, ou entreront dans la composition de tumeurs complexes, où cellules thyroïdiennes, cellules thymiques, épithéliales des fentes branchiales sont confondues, avec prédominance pathologique d'un de ces éléments, facilitant la dénomination de cette tumeur.

Et cependant, la présence de ces glandules aberrantes et de ces goitres s'explique aisément si on se reporte à ce qu'on sait du développement du corps thyroïde.

Comme l'ont montré Remak, His, Wöllfler, Stiéda, celui-ci naît par un bourgeon médian, peut-être deux, d'après le dernier travail de Jacoby, et deux bourgeons latéraux.

Le bourgeon supérieur est formé primitivement par une dépression de la paroi ventrale du pharynx primitif se faisant dans le champ méso-branchial de His, entre le tuberculum impar, d'où doit naître le corps de la langue, et le bourgeon postérieur formé par les extrémités des 2e et 3e arcs, qui doivent donner naissance à la base de la langue.

Entre ces trois bourgeons de la langue, descend en avant du larynx, sous forme d'un cordon épithélial plein, le tractus thyréoglosse qui se renfle et se divise à son extrémité au-dessus du bulbe aortique. Mais entre la quatrième semaine et la cinquième, au moment de l'apparition du cartilage de l'os hyoïde, ou mieux dans la région où naîtra le corps de l'os, le cordon thyréoglosse se divise en deux portions, une inférieure sous-hyoïdienne qui doit donner naissance à l'isthme, à la pyramide de Lalouette et à la plus grande partie du corps thyroïdien : l'autre supérieure sus-hyoïdienne, qui doit disparaître, mais qui peut persister et devenir l'origine des kystes, fistules, de thyroïdes aberrantes, de tumeurs goitreuses, qui apparaissent dans la région sus-hyoïdienne, et auront pour caractère de se rattacher à l'os hyoïde, comme le montrait Zuckerkandt. Le plus souvent les kystes, les fistules siègent sur la ligne médiane au-dessus des genihyoïdiens. Mais les faits que nous citons montrent qu'il peut en exister latéralement, soit qu'on admette des lobules erratiques détachés au cours du développement de la masse principale, soit que l'évagination pharyngienne se soit déviée de la ligne médiane et porte plus latéralement.

Si nous prenons, d'autre part, les bourgeons latéraux inférieurs qui doivent former le corps thyroïde en se joignant en arrière et sur les côtés au bourgeon supérieur, nous voyons que ces ébauches thyroïdiennes naissent, comme l'ont montré les recherches de Born, de Meuron, de Stiéda, de His, au niveau de

la 4e fente, par le fait d'une évagination pharyngique inférieure et latérale de la poche endodermique de cette 4e fente.

Ce diverticule ventral de la quatrième poche endodermique aux dépens duquel se forme la thyroïde latérale apparaît au commencement du deuxième mois. Rattaché au pharynx par le canal thyréo-pharyngien, il s'en sépare quand l'embryon a 16 millimètres, en même temps qu'il se sépare de la glandule thyroïdienne correspondante, et se fusionne avec la thyroïde médiane pour constituer le corps thyroïdien.

Or, au moment où les vestiges du corps thyroïde apparaissent, leurs rapports avec les vaisseaux sont intéressants à étudier, et peuvent nous donner la clé de ce qui pourra se passer plus tard.

La thyroïde médiane vient se loger dans l'angle de bifurcation du bulbe aortique, dont peu à peu elle se sépare, au fur et à mesure que l'accroissement du cou se fait.

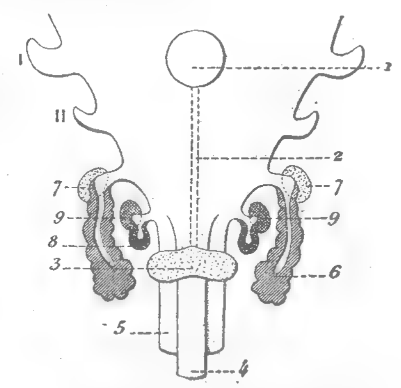


Fig. 1. — Figure schématique empruntée au *Précis d'embryologie* de Tourneux, montrant l'origine des dérivés branchiaux chez l'embryon humain; la paroi du pharynx est vue par sa face antérieure.

I, II, première et deuxième poches endodermiques. — 1, tubercule impair de la langue; 2, trajet du cordon thyréo-glosse; 3, thyroïde médiane; 4, tube laryngo-trachéal; 5, œsophage; 6, thymus; 7, glandule thymique; 8, thyroïde latérale; 9, glandule thyroïdienne.

Sur une coupe, on peut voir également que les thyroïdes externes apparaissent limitrophes en dedans de la bifurcation du bulbe aortique. Mais qui contemple ces coupes, peut comprendre aisément que l'évagination se faisant 2 millimètres plus en arrière et en dehors, l'apparition de la thyroïde latérale se fera en dehors des vaisseaux, qui empêcheront celle-ci de se souder à la thyroïde médiane, et fera qu'elle se trouvera plus tard contre la gaine externe des vaisseaux.

Sur ces coupes également vous pouvez voir que le thymus, comme l'ont montré les recherches de Stiéda, de Born, de P. de Meuron, se forme par une évagination de la troisième poche endodermique en dehors de la thyroïde, descend bientôt au-dessous de lui. Mais au début, les cellules qui doivent donner naissance au thymus et celles d'où doit procéder la thyroïde sont bien rapprochées, et on comprend qu'il puisse y avoir entraînement de certaines cellules du thymus qui, se joignant aux cellules aberrantes du corps thy-

roïde, peuvent donner naissance à ces tumeurs complexes, où on retrouve les globes épidermiques rappelant ceux qu'on trouve dans le thymus normal. Ajoutez à ces considérations que l'on trouve fréquemment des lobules erratiques détachées au cours du développement des bourgeons principaux, et qu'on les trouve tout du long du cou, glandes supra-hyoïdiennes signalées par Zuckerkandt, Streickeisen, en avant de l'os hyoïde, et supra-hyoïdienne (de Kadyl, 1878, qui la trouvée 57 fois sur 200 sujets),

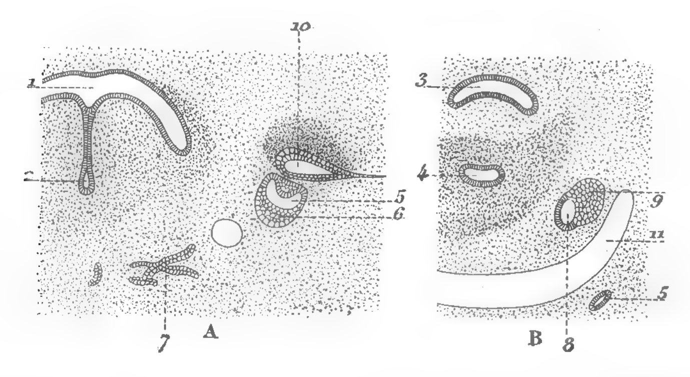


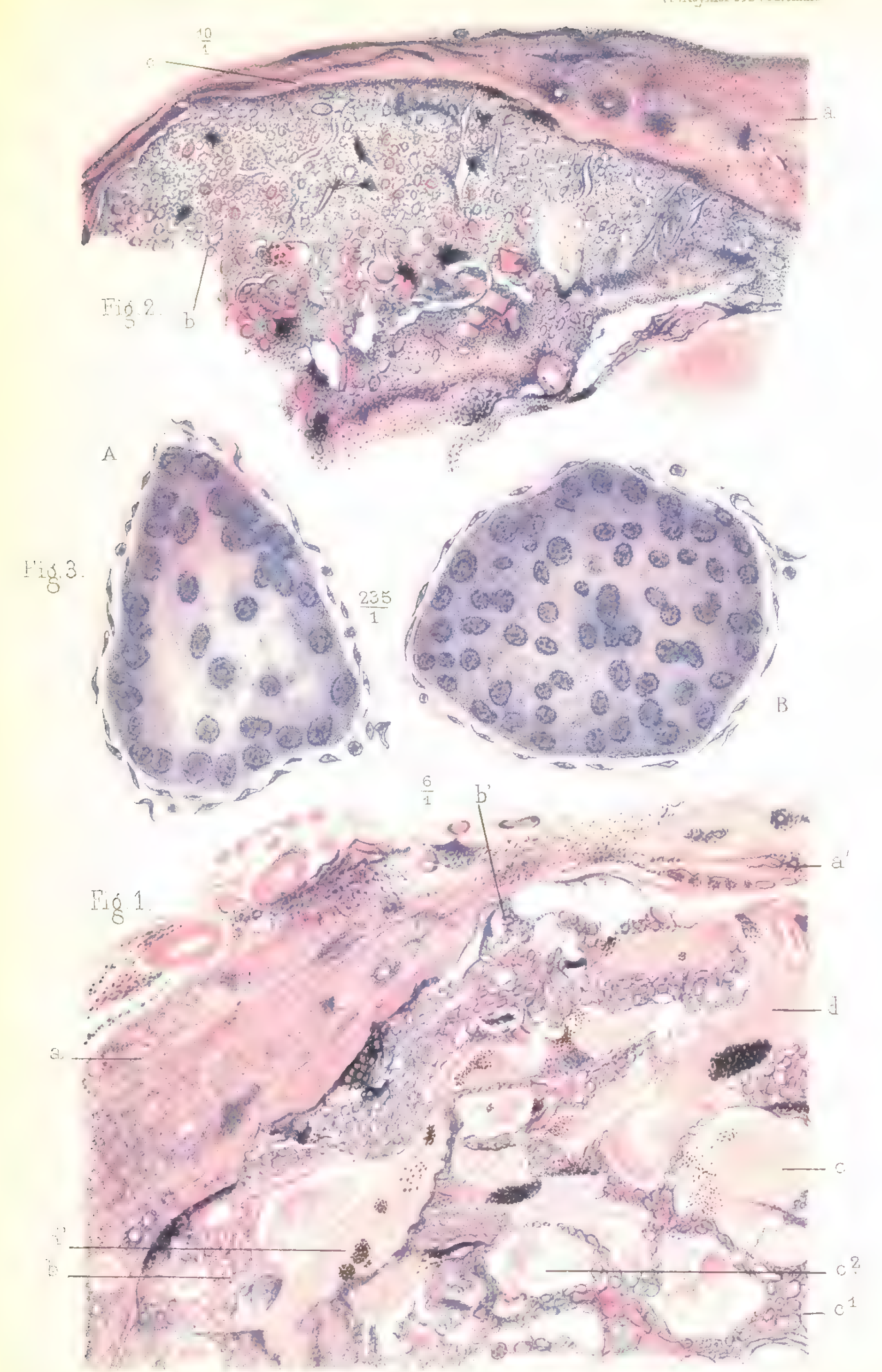
Fig. 2. — Deux coupes transversales de la région cervicale, empruntées au *Précis d'embryologie* de Tourneux, sur un embryon humain de 14 millimètres, passant la première (A) au niveau de la glandule thymique, et la seconde (B) au niveau de la glandule thyroïdienne. La glandule thymique prend exceptionnellement naissance sur cet embryon aux dépens de la paroi antérieure de la troisième poche endodermique.

I, pharynx; 2, fente laryngienne; 3, œsophage; 4, conduit laryngo-trachéal; 5, origine du thymus (3e poche endodermique); 6, glandule thymique; 7, cordon de la thyroïde médiane; 8, origine de la thyroïde latérale (4e poche endodermique); 9, glandule thyroïdienne; 10, fundus præcervicalis; 11, bifurcation du bulbe aortique.

glandules aortiques décrites par Wölfler, situées au-dessus de la crosse aortique, rappelant les rapports indiqués plus haut de la thyroïde au début avec le bulbe aortique; glandules thyroïdiennes en avant du cartilage thyroïde, glandules œsophagiennes signalées par Zuckerkandt, et vous comprendrez combien il serait étonnant que dans ces tumeurs branchiales on ne retrouve pas des tissus faisant penser à l'origine thyroïdienne, et combien il serait imprudent d'écarter complètement la possibilité de cette origine.

Mes observations ne serviraient-elles donc qu'à affirmer la possibilité de cette origine, qu'elles méritaient à mon avis de vous être communiquées.

(P. Reynier et I. Cruveilhier)



V. Roussel del. & lith.
Imp. L. Lafontaine, Paris.

Masson & Cie Editeurs.

EXPLICATION DE LA PLANCHE III

Figure I. — *Coloration hématéine-éosine. Grossissement,* 6 *diamètres.*

Cette planche représente une coupe intéressant la coque fibreuse et la région périphérique de la tumeur.

En *aa'* : coque fibreuse qui diminue graduellement d'épaisseur et dans laquelle on reconnaît des vaisseaux épaissis et de nombreux foyers d'infiltration.

En *bb'* : groupements de vésicules colloïdes.

En cc^1c^2 : vésicules colloïdes en train de subir une dilatation kystique, dont quelques-unes contiennent des points noirs représentant des cellules mononucléaires gorgées de pigments ferrugineux provenant de la destruction des globules rouges.

En *dd'* : cloisons fibreuses dont on perçoit au niveau de la coupe seulement quelques tronçons.

Figure II. — *Coloration hématéine-éosine. Grossissement,* 10 *diamètres.*

Cette planche représente une coupe intéressant la tumeur dans une autre portion de sa partie périphérique.

En *a* : coque fibreuse.

En *b* : vésicules colloïdes, groupées sous forme de lobules.

En *c* : vésicules colloïdes très tassées contenant peu de substance colloïde, mais apparaissant au contraire bourrées de cellules de nouvelle formation. Ces vésicules occupent la zone d'accroissement de la tumeur.

Figure III. — *Grossissement,* 350 *diamètres.*

Cette planche représente deux vésicules thyroïdiennes de la région périphérique de la coupe représentée dans la planche II.

En *A*, on voit une vésicule complètement remplie de cellules thyroïdiennes en prolifération.

En *B*, la vésicule commence déjà à se remplir de cellules de nouvelle formation.

N. B. — Il s'agit ici d'une véritable prolifération cellulaire, car les cellules occupant le centre des vésicules ne sont nullement comprimées et se présentent avec les mêmes caractères nucléaires et protoplasmiques que celles de la périphérie.

M. Pierre Delbet. — La communication de M. Reynier est des plus intéressantes. Les tumeurs épithéliales du cou ont joué un grand rôle dans l'évolution des idées sur les néoplasmes. Mais je me demande si M. Reynier n'attache pas aujourd'hui une valeur exagérée à la distinction entre les tumeurs branchiales et les tumeurs thyroïdiennes aberrantes.

Il y a cinquante ans, on s'est appuyé sur l'existence de tumeurs épithéliales dans le cou, pour soutenir l'origine conjonctive du carcinome. Des tumeurs à type carcinomateux, disait-on, se développent dans le cou, là où il n'y a pas d'épithélium : elles ont donc une origine conjonctive.

Lorsque les recherches embryologiques que M. Reynier a justement rappelées sont venues montrer que le cou, pendant les premières phases du développement, est labouré de profondes dépressions garnies d'épithélium, on a compris que des îlots épithéliaux pouvaient rester emprisonnés au sein des tissus, et que ces îlots devenaient l'origine des néoplasmes malins du cou. C'est l'un des faits qui ont le plus contribué à établir définitivement l'origine épithéliale du carcinome, et à asseoir nos idées actuelles sur la spécificité cellulaire.

Voilà en somme le fait important. Les épithéliomes du cou se développent aux dépens de débris épithéliaux restés inclus depuis la période embryonnaire.

Ces épithéliomes présentent de nombreuses variétés histologiques. A cela, rien d'étonnant. Les figures mêmes que M. Reynier vient de nous présenter montrent combien sont voisines les fentes branchiales, les invaginations thyroïdiennes latérales, les invaginations thymiques. La variété histologique de la tumeur dépend du point où se fait l'inclusion, et, étant donné l'époque à laquelle elle se produit, des différences de dixième de millimètres dans le siège de l'inclusion pourront entraîner de notables différences de structure.

En somme, appeler une tumeur branchiome ou tumeur thyroïdienne aberrante, c'est employer des mots différents, mais ce n'est pas exprimer des idées bien différentes, d'autant plus que l'on peut rencontrer dans la même tumeur des parties qui rappellent la structure du corps thyroïde ou même du thymus, à côté de portions à type épithélial banal.

De l'intervention chirurgicale dans les néphrites hématuriques,

par le M. Dr ALF. POUSSON.

L'existence des hématuries dans le cours des néphrites chroniques est aujourd'hui bien établie. C'est à la suite d'une leçon « Sur le diagnostic des hématuries rénales », publiée par Albarran, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, en mai 1898, d'une discussion ouverte dans cette enceinte à propos d'une communication que je vous fis quelques semaines après, le 1er juin, « Sur le rôle des phénomènes congestifs dans la pathogénie des hémorragies rénales », et enfin du rapport de Malherbe et Legueu : « Des hématuries essentielles », à la session de l'Association française d'urologie, en 1899, que cette question a été étudiée par un grand nombre de chirurgiens et définitivement résolue. A l'étranger comme dans notre pays, la doctrine attribuant la genèse des néphrorragies d'origine jusqu'alors obscure à un substratum anatomique d'ordre inflammatoire a remplacé celle de l'hémophilie rénale de Klemperer et de Senator, et celle de l'hématurie angio-névrotique de Lancereaux et Renaut.

Apporter de nouvelles observations à l'appui de la démonstration d'une vérité aujourd'hui aussi indiscutable serait superflu ; ma communication a pour objet de montrer toute la valeur de l'intervention chirurgicale dans les néphrites hématuriques et de discuter le choix de l'opération en pareil cas.

N'ayant par devers moi que trois opérations personnelles, une qui est rapportée dans les Bulletins de notre Société (1er juin 1898), et deux inédites, que je vais de suite résumer, je n'aurais pas osé aborder ce problème, si je n'avais extrait de la littérature médicale un nombre important de trente-deux observations.

Obs. I, déjà publiée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, 7 juin 1898.

Résumé. — Femme de vingt-trois ans, sans antécédents de famille. Fièvre typhoïde à dix-sept ans. Bien réglée : mariée à dix-neuf ans ; a un enfant à vingt et un ans, avec des couches normales.

En janvier 1898, s'est mise à uriner du sang à intervalles de plus en plus rapprochés, et en quantité de plus en plus abondante. Au commencement d'avril, les hématuries deviennent continues et profuses, au point de déterminer une anémie aiguë intense.

L'examen cystoscopique montre que le sang provient du rein droit. L'analyse globale des urines indique que la sécrétion est normale.

Le diagnostic hésite entre tuberculose rénale primitive (la recherche des bacilles est négative) et épithélioma du bassinet.

Le 27 avril, *néphrectomie.*

Suites simples. — Plus de sang dans les urines dès le lendemain de l'opération.

La malade, opérée depuis huit ans, est encore vivante et se porte bien.

L'examen histologique du rein enlevé a montré l'existence d'une néphrite interstitielle.

Obs. II. — D'après les notes de M. Blanc, interne du service.

Ch... (Jean), trente-cinq ans, charretier; sans aucuns antécédents morbides personnels ou héréditaires ; de très bonne santé habituelle.

Le 7 février 1903 à son réveil, sans cause, hématurie très abondante, qui dure une quinzaine de jours. Depuis le pissement de sang se reproduit à diverses reprises, toujours sans cause provocatrice, et le malade entre à l'hôpital le 6 mars. Malgré la grande quantité de sang qu'il a perdu, il n'est ni pâli ni amaigri il a conservé son appétit, seulement il a perdu de ses forces.

L'exploration externe de l'appareil urinaire est négative; mais la cystoscopie montre une rougeur autour du méat urétéral droit, d'où s'échappe un liquide brunâtre. La division des urines confirme les résultats fournis par la cystoscopie, tandis que le liquide du compartiment droit de la vessie est rougeâtre et légèrement louche, celui du compartiment gauche est limpide et ambré.

L'analyse de chacun des deux reins donne (1) :

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
	—	—
Urée.	16 gr. 90 par litre	17 gr. 80 par litre
Chlorures . . .	22 gr. 20 —	11 gr. 10 —
Albumine . . .	très notable quantité	pas de trace
Hématies . . .	nombreuses	absentes
Cylindres . . .	absents	absents

L'analyse globale fournit des résultats se rapprochant tout à fait de ceux de l'état physiologique, à noter seulement 0 gr. 80 d'albumine par litre. Perméabililé au bleu de méthylène conservée.

Diagnostic hésitant entre néoplasme rénal à ses débuts et néphrite chronique.

Néphrotomie droite le 15 mars sous chloroforme. Rein petit, dur, avec plaques gaufrées à sa surface; saigne peu à l'incision ; surface des tranches grisâtre, substance médullaire se distingue mal de la corticale. Après prélèvement d'un petit fragment sur chaque tranche, sonde de Pezzer dans le bassinet, suture du rein au catgut, et fermeture de la paroi lombaire.

(1) Le résultat de cette analyse, qui indique qu'un rein saignant et partant malade conserve l'intégrité de sa fonction sécrétoire, tandis que celle du congénère paraissant chimiquement sain est notablement troublée. surprendra; il ne saurait cependant être entaché d'erreur, car l'analyse a été faite dans le laboratoire de M. le professeur Denigès et par lui-même.

Suites, simples. Le troisième jour, les urines sont à peine rosées et deviennent claires le cinquième jour pour ne plus contenir de sang jusqu'à la sortie du malade, sept semaines après l'opération.

Le malade, opéré depuis près de deux ans et demi, est en bonne santé et n'a plus uriné de sang.

L'examen des fragments prélevés au cours de l'opération a montré les lésions caractéristiques de la néphrite mixte.

Obs. III, inédite, d'après les notes de M. Calmette, interne du service.

M..., Joseph, trente-trois ans, relieur. Père mort d'accident, mère bien portante, un frère mort à quarante-deux ans de bronchite bacillaire (?). Le malade a eu la rougeole pour toute maladie; jamais de blennorragie, ni autres affections génito-urinaires.

Il y a trois ans, sans cause connue, sans fatigue, sans refroidissement, douleur subite dans la région lombaire droite s'irradiant vers l'abdomen exclusivement, et, deux ou trois jours après, hématurie durant cinq à six jours.

Depuis cette première crise, plusieurs autres se sont produites avec une certaine régularité tous les deux ou trois mois. Toutes ont été semblables: début par des douleurs lombaires droites, et, après deux ou trois jours, apparition du sang dans les urines, et à ce moment cessation des douleurs. Dans l'intervalle, urines tout à fait claires, limpides, pas traces de pus.

Malgré ces pertes répétées de sang, le malade a conservé l'apparence de la meilleure santé: toutes ses fonctions se font normalement. A son entrée, il est en pleine crise hématurique, qui cesse brusquement trois jours après son admission.

L'exploration du rein gauche est négative, mais à droite la région lombaire est à l'état de tension et de défense musculaire; cependant, en insistant avec douceur, on arrive à percevoir le rein et à provoquer le ballottement: légère douleur.

Le malade indocile ne peut supporter ni le diviseur ni le cystoscope. L'analyse globale des urines pratiquée à diverses reprises indique que la sécrétion se fait dans des conditions physiologiques.

De même l'épreuve du bleu. $\Delta = 1,30$. Le dépôt contient quelques leucocytes, des hématies, pas de cylindres, pas de bacilles de Koch.

Diagnostic: tuberculose rénale ou néphrite hématurique.

Néphrectomie le 20 février. Chloroforme. La lombotomie, entreprise dans un but principalement explorateur, fait découvrir un rein plongé dans une périnéphrite scléroadipeuse intense; il est très volumineux et offre de grosses bosselures.

Au cours des manœuvres d'extraction, une de ces bosselures, crevée, laisse échapper un flot de liquide limpide qu'on ne peut recueillir. Le pôle supérieur, très adhérent, ne peut être qu'imparfaitement détaché, et le parenchyme est déchiré à ce niveau. Le pédicule est lié avec difficulté en deux faisceaux, et par prudence on laisse une pince à demeure sur ses éléments.

Suites. Bien que le malade ait perdu une assez grande quantité de sang, pas de complications. Les urines sont à peine teintées le lendemain, et le surlendemain absolument claires. Volume, 1.025 centimètres cubes ; urée et sels en proportion physiologique ; albumine, 0.

Au bout de quelques jours, on s'aperçoit que le pansement est très mouillé et exhale une odeur urineuse. Cette exsudation continuant, on analyse le liquide, qui présente la composition de l'urine. On en conclut qu'il existe un fragment de tissu rénal adhérent au niveau de l'extrémité supérieure de la loge lombaire et constitué par le pôle du rein déchiré pendant l'opération.

Le 20 mars, ce fragment est enlevé non sans quelque difficulté et à partir de ce moment l'écoulement du liquide cesse; cependant la plaie réunie par granulations reste longtemps fistuleuse.

Le malade opéré depuis neuf mois jouit actuellement d'une bonne santé.

L'examen du rein extirpé a montré l'existence d'une néphrite kystique. A l'examen microscopique, le tissu intermédiaire avec kyste est atteint d'inflammation interstitielle très avancée.

Si, chez les trois malades dont je viens de rapporter les observations, j'ai eu recours deux fois à la néphrectomie et une fois à la néphrotomie, ce n'est pas que je considère l'extirpation du rein comme la méthode de choix dans le traitement des hématuries des néphrites. Ma première opération d'ablation du rein remonte à huit ans, c'est-à-dire à une époque où, ne connaissant pas la valeur hémostatique de l'incision du parenchyme rénal, je ne croyais pas avoir d'autre moyen de sauver ma malade menacée de succomber à des hématuries profuses. Quant à la seconde, qui date seulement de neuf mois, elle m'a été en quelque sorte imposée par les lésions de néphrite kystique ayant complètement désorganisé le rein de mon malade.

Aussi loin de venir préconiser la néphrectomie dans le traitement chirurgical des néphrites hématuriques, je voudrais au contraire défendre la cause de la néphrotomie et des autres opérations conservatrices, décapsulation et néphrolyse imaginées et recommandées dans ces dernières années par Edebohls et Rovsing. Ces deux dernières opérations elles-mêmes me paraissent devoir céder le pas à l'incision du parenchyme rénal, car elles remplissent moins complètement les indications, qui découlent de nos connaissances actuelles touchant la physiologie pathologique des néphrorragies. En effet aux avantages qu'elle possède de diminuer mieux encore que la décapsulation la tension intrarénale, facteur principal des hémorragies dans les néphrites, et d'agir, aussi bien que la néphrolyse, sur les vaisseaux et nerfs du pédicule rénal pour déterminer dans le parenchyme ces modifica-

tions salutaires qui, en en régularisant la circulation et la nutrition, sont propres à mettre un terme aux congestions hémorragipares, la néphrotomie joint celui de permettre de déterminer *de visu* la cause du saignement. On comprendra toute l'importance de cet avantage en se rappelant combien difficile est le diagnostic causal des néphrorragies en dehors de celles produites par les grosses lésions de la lithiase, de la tuberculose et du cancer.

Grâce à une statistique de 32 cas d'intervention pour néphrite hématurique, que j'ai dressée, je puis étayer sur des faits cliniques l'opinion que je défends, à savoir que la néphrotomie l'emporte sur la néphrectomie, sur la décapsulation et sur la néphrolyse.

J'ai réuni onze néphrectomies contre quinze néphrotomies. Parmi ces dernières, neuf fois l'opération a consisté dans l'incision seule du parenchyme rénal, cinq fois on y a joint soit la décapsulation (4 cas), soit la néphrolyse (1 cas). Ces opérations ajoutées ne peuvent qu'augmenter le traumatisme opératoire. On ne me reprochera pas, je pense, de la faire figurer à côté des néphrotomies simples pour comparer la gravité de l'extirpation du rein à celle de son incision. Or, tandis que les onze néphrectomies ont donné lieu à trois décès immédiats ou retardés, les quinze néphrotomies n'ont été suivies que d'un décès. Ainsi la néphrotomie est moins grave que la néphrectomie. Pour la bannir complètement du traitement des néphrites hématuriques, cette dernière opération ne peut être considérée que comme une opération d'exception trouvant ses indications dans la désorganisation profonde du rein, comme chez un de nos malades, dans l'abondance des hématuries, dans l'adynamie profonde ne permettant pas d'ajouter la plus minime perte de sang à celle déjà éprouvée. Mais alors pour consommer ce sacrifice il faudra auparavant s'être assuré de la valeur fonctionnelle de l'autre rein.

Dans tous les cas de néphrectomies terminées par la guérison opératoire, la disparition des hématuries a été définitive et constatée plusieurs mois et plusieurs années après l'intervention. Cependant chez un malade de M. Nimier l'hématurie a persisté.

Les résultats thérapeutiques ont été moins beaux après la néphrotomie simple ou combinée à la décapsulation ou à la néphrolyse. C'est ainsi que sur les 14 cas où elle a été pratiquée, défalcation faite du décès opératoire précédemment signalé, je relève 5 cas où elle a été suivie de retour des hématuries. Mais sur ces 5 cas l'opération avait porté sur un seul rein quatre fois, et dans 3 cas l'hémorragie itérative provenait du rein non guéri. Seule une malade opérée par Legueu de la néphrotomie bilatérale combinée à la décapsulation vit persister ses hématuries, mais bien atténuées. Je ne crois donc pas qu'il faille attribuer à

l'impuissance de la néphrotomie le plus grand nombre de ces insuccès; la bilatéralité de la néphrite en doit porter seule la responsabilité.

La décapsulation, c'est-à-dire l'opération d'Edebohls, n'a été pratiquée que six fois. Elle n'a donné lieu à aucun décès opératoire. Elle l'emporte ainsi au point de vue de sa léthalité sur la néphrectomie et sur la néphrotomie simple ou combinée. Mais en envisageant ses résultats thérapeutiques, elle paraît bien inférieure à l'une et à l'autre. Je dis qu'elle leur paraît inférieure, parce que les quatre malades chez lesquels les hématuries ne s'étaient pas encore reproduites n'étaient opérés que depuis quelques semaines à deux mois et demi et que les deux qui ont été suivis pendant six mois ou deux ans avaient vu leurs néphrorragies réapparaître. Avant de se prononcer sur la valeur de la décapsulation, il me semble raisonnable d'attendre que le temps lui ait donné sa consécration.

En résumé, comme conclusion de ma communication, je me crois en droit de déclarer que, dans l'état actuel de l'expérience clinique, la néphrotomie, que je me suis efforcé d'introduire dans la thérapeutique des néphrites médicales après Réginald Harrison, est l'opération la plus rationnelle et la plus efficace dans le traitement des hémorragies comme dans celui des autres accidents des inflammations chroniques des reins.

M. Paul Reynier. — Si je prends la parole, c'est pour appuyer ce que vient de dire M. Pousson. Dernièrement, à propos d'une présentation de M. Bazy, je citais à cette tribune l'observation de trois malades chez lesquels j'avais cru devoir intervenir pour des hématuries persistantes dont je ne pouvais pas bien fixer l'origine, si toutefois l'examen de mon malade, la cytoscopie, me permettaient d'en préciser le siège. Chez ces trois malades je fis la néphrotomie, et, ne trouvant que des reins congestionnés sans lésion apparente, je suturai le rein. Or, ces néphrotomies eurent toutes les trois pour résultat d'arrêter immédiatement l'hématurie. Or, j'ai eu l'occasion de revoir tout dernièrement un de ces malades, que j'ai opéré il y a trois ans. Il avait, depuis plusieurs mois, quand je l'opérai, des hématuries provenant du rein droit. Je lui fis la néphrotomie, et, ne trouvant aucune lésion apparente, refermai. Or, chez ce malade, l'hématurie a cessé dès l'opération, et elle n'a pas reparu, et le malade que je revoyais m'en était très reconnaissant.

Par contre, j'ai vu, dans mon service, faire une décapsulation pour hématurie, et à la suite de cette décapsulation, l'hématurie

continua et nécessita la néphrectomie ultérieure, qui montra des lésions bacillaires du rein, qui étaient la cause de ces hématuries.

Or, si on avait fait la néphrotomie, on se serait aperçu de cette lésion, et on aurait fait la néphrectomie. C'est pourquoi je préfère de beaucoup à la décapsulation la néphrotomie à laquelle on se limitera si on ne trouve aucune lésion apparente, mais qui sera dans le cas contraire complétée par d'autres opérations, suivant la lésion en présence de laquelle on se trouvera.

M. F. Legueu. — J'ai écouté avec beaucoup d'attention la communication de M. Pousson et je suis, comme lui, d'avis que la néphrectomie est à rejeter dans le traitement des néphrites hématuriques.

La néphrotomie ou la décapsulation suffit à les guérir. Le résultat n'est pas toujours immédiat, et souvent la guérison se produit à très longue échéance.

Un de mes malades a saigné encore deux ans après l'opération. Un autre pendant trois mois.

Mais, dans d'autres cas, le résultat a été immédiat. Dans ces cas, je fais la néphrotomie pour inspecter le rein, et la décapsulation pour le décongestionner.

M. Routier. — Dans certains cas, la cause de l'hématurie est en effet assez obscure; j'ai présenté ici un rein qui donnait lieu à des hématuries menaçantes pour la vie; ce rein enlevé, je crus avoir entre les mains un organe sain. M. Pilliet trouva une ulcération tuberculeuse d'une artériole d'une des papilles ; si j'avais fait une néphrotomie elle aurait continué à saigner et sa tuberculose aurait continué.

Elle va très bien encore aujourd'hui. J'avoue que je ne comprends pas très bien l'action d'une néphrotomie à un an de distance; l'hématurie a continué après, a cessé depuis; c'est peut-être l'évolution naturelle de la néphrite.

M. Tuffier. — Il faut être très réservé dans l'appréciation des résultats fournis par l'intervention chirurgicale dans le traitement des hématuries consécutives aux néphrites simples. Tout ce que mon collègue et ami Pousson vient de nous dire ne fait que me confirmer dans mes convictions. Bien entendu, il ne peut s'agir ici comme intervention que d'une opération palliative d'une néphrotomie; en aucun cas je n'ai vu d'indication à la néphrectomie et encore cette simple incision donne des résultats discutables.

Pour ma part, je suis intervenu dans deux cas analogues à ceux qui nous ont été signalés, mais surtout j'en ai suivi deux autres

chez lesquels je ne suis pas intervenu et dont l'histoire mérite d'être rapportée. De mes deux opérés l'un était un enfant d'une dizaine d'années chez lequel des hématuries répétées et abondantes du rein droit pendant plusieurs mais m'obligèrent après échec de tous les traitements médicaux à pratiquer une néphrotomie. L'incision rénale ne révéla aucune altération appréciable du rein, mais l'hématurie céda après l'opération ; malheureusement, un an après, elle reparaissait peu abondante, répétée, et pendant les six mois qui suivirent elle persista. Je n'ai pas eu de nouvelles ultérieures de ce malade.

Le second était un homme d'une quarantaine d'années que j'ai opéré à Beaujon, sur la demande de mon élève et ami Castaigne ; la néphrotomie me fit constater une néphrite scléreuse ; le malade guérit de son hématurie temporairement, ses accidents continuèrent à évoluer et il finit par succomber urémique, après avoir de nouveau uriné du sang.

Beaucoup plus instructifs sont mes malades que je n'ai pas opérés. C'étaient deux enfants, l'un d'une dizaine d'années que je vis avec M. Bouisson, l'autre de douze ans que j'examinai à la Ferté-Vidame; tous deux avaient des hématuries répétées et abondantes ; je les suivis pendant plusieurs années ; j'ai eu de leurs nouvelles ces temps derniers, tous deux ont guéri et depuis trois ans pour l'un, quatre ans pour l'autre, aucun accident ne s'est manifesté.

Cette guérison spontanée et durable me permet de discuter les faits de Legueu. Comment, voilà une néphrotomie qui dans un cas ne donne une sédation des hématuries que *trois mois* ou bien, mieux encore, *un an après l'opération* et vous pensez que la section du rein a donné un succès à longue échéance. Je me demande par quel processus extraordinaire et jusqu'alors inconnu a pu agir l'opération. Je pense que son action a été nulle dans la guérison toute spontanée des malades. Qu'une incision rénale décongestionne immédiatement le parenchyme, je l'accorde volontiers, mais que cette incision n'agisse qu'après une année, je ne puis souscrire à cette proposition.

Je crois en somme que les néphrites hématuriques sont fort mal connues, et que le traitement chirurgical est à leur endroit absolument empirique.

M. Carlier (de Lille). — J'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas d'hématuries qui m'ont paru indépendantes du calcul et de la tuberculose ; je n'en ai opéré que deux. Chez l'un, il existait des hématuries accompagnées de violentes douleurs du rein gauche qui rendaient la vie du malade impossible ; une simple

néphrotomie suivie de la suture totale du rein fit cesser et les hématuries et les douleurs.

Mon second malade avait un calcul du rein gauche. Je lui fis une néphrolithotomie, avec drainage du bassinet consécutif; l'opération se passa très simplement. Pendant les jours suivants, les urines renfermèrent du sang dont la constatation ne m'étonna pas, car ce saignement est fréquent pendant les deux ou trois jours qui suivent une néphrotomie, mais le sixième jour le malade perdit par les voies naturelles et par le drain du bassinet du sang en telle abondance qu'elles mirent la vie du malade en danger. Je crus même, pour sauver le malade, devoir enlever le rein opéré six jours auparavant. Cette néphrectomie, vivement faite d'ailleurs, fut très bien supportée par le malade, mais, à mon grand étonnement, les hématuries persistèrent, et persistèrent très abondantes, provenant du rein droit qui n'avait jamais saigné antérieurement et auquel je n'avais pas touché. Je me contentai de tenir ce malade en observation, et, au bout de sept ou huit jours, les hématuries cessèrent. Que s'est-il passé dans les reins de ce malade? Je l'ignore, car le rein que j'ai enlevé ne présentait aucune lésion macroscopique. Je conclus de cette observation qu'il est très difficile, puisque je n'ai rien fait au rein droit de mon malade, d'apprécier la valeur de la néphrotomie pratiquée en vue de s'opposer aux hématuries. Quoi qu'il en soit, je suis d'avis que, si l'on se décide à intervenir sur un rein qui saigne, mieux vaut recourir à une néphrotomie qu'à une néphrectomie.

M. F. Legueu. — Je n'attribue pas à la décapsulation des résultats qui se sont fait attendre un an ou quatre mois. Ces cas sont peut-être des échecs opératoires, mais ils montrent toutefois la curabilité de ces lésions, et combien il est inutile de les traiter par la néphrectomie.

M. Pierre Delbet. — J'ai écouté avec le plus vif intérêt tout ce qui vient d'être dit sur les hématuries rénales essentielles, parce que cette question me paraît, je l'avoue, singulièrement obscure.

J'en ai observé deux cas. Dans le premier il s'agissait d'une jeune fille de vingt-quatre à vingt-cinq ans, si je me rappelle bien, qui présentait des hématuries inquiétantes par leur abondance et leur persistance. Le rein droit saignait seul; le rein gauche fonctionnait bien. Comme il y avait quelques raisons de croire à la tuberculose, je me décidai à faire la néphrectomie. Je ne suis pas sûr d'avoir bien fait; car le rein enlevé ne présentait aucune altération apparente. Il n'a pas été fait d'examen microscopique suffisant. L'opération date de cinq ou six ans : j'ai eu tout récemment

des nouvelles de la malade. Sa santé est restée bonne ; je n'ai donc pas de regrets trop cuisants; mais je ne suis pas sûr de lui avoir été utile.

Le second cas, je l'ai observé cette année au mois de juin ou de juillet. C'était un grand et solide gaillard d'une vingtaine d'années dont la santé paraissait florissante. Il n'avait aucun autre symptôme morbide que des hématuries. La séparation des urines faite par Luys établit qu'un seul rein saignait; je ne me rappelle pas en ce moment lequel. Le malade avait été amené dans mon service de Laënnec par quelqu'un qui en fait partie, pour que je lui enlève le rein malade. L'argument au nom duquel on me poussait à l'intervention était le suivant : — les hématuries essentielles sont le plus souvent tuberculeuses ; il y a un grand intérêt à enlever ce foyer unique. — Je refusai absolument d'entrer dans cette voie.

Rien n'est moins certaine que l'origine tuberculeuse de ces hématuries appelées récemment encore essentielles. Je répondis : démontrez-moi d'abord que le rein est tuberculeux et je discuterai ensuite l'opportunité d'une intervention. Or cette démonstration on ne put pas la faire. On eut beau centrifuger l'urine hématique, faire tous les examens possibles, on ne trouva pas de bacille.

Sur ces entrefaites, les hématuries cessèrent. Je tins alors au malade le discours suivant : « Rentrez chez vous : vivez en paix et, si le sang reparaît, revenez immédiatement me trouver. » Or il n'est pas encore revenu. Etant donné les soins particuliers dont il avait été l'objet, les liens qui l'attachaient à mon service, je suis convaincu qu'il serait revenu s'il avait saigné de nouveau. J'ai donc tout lieu de le considérer comme guéri depuis quatre mois. S'il reparaît je vous le dirai.

Je ne puis penser à ce malade sans penser en même temps à ceux qui ont vu leurs hématuries disparaître plusieurs mois, voire même une année après la néphrotomie. Mon ami Legueu a eu bien raison de déclarer qu'il n'attribuait pas dans ces cas la guérison à l'opération. Bien évidemment la néphrotomie n'agit pas ou elle agit immédiatement. Elle n'a rien à voir dans ces guérisons tardives. Elles prouvent, ces guérisons, comme aussi sans doute l'histoire de mon malade, que ces hématuries sont dues, dans certains cas du moins, à une maladie capable de guérir spontanément. Aussi la discussion fort intéressante qui vient d'avoir lieu ne me rendra pas plus interventionniste que je ne l'étais.

M. Pousson. — Je ne saurais répondre à toutes les remarques et objections qui viennent d'être faites à ma communication. J'essaierai de le faire pour quelques-unes. Et tout d'abord, je suis heureux de constater que mes collègues Reynier et Legueu consi-

dèrent avec moi que la néphrotomie est l'opération de choix dans le traitement chirurgical des néphrites chroniques hématuriques. Son grand avantage est surtout de permettre le contrôle d'un diagnostic toujours obscur dans les néphrorragies d'origine inflammatoire chronique. Dans toutes les affections douteuses du rein, je le fends toujours avant de l'extirper, et je prélève un petit fragment au niveau des points suspects pour l'examen histologique, c'est ce que j'appelle une néphropsie.

Mon collègue Tuffier émet des doutes sur l'action hémostatique de la néphrotomie, et pense que beaucoup, sinon la totalité des néphrites hématuriques opérées auraient guéri sans l'intervention ; en outre, il déclare ne pas comprendre comment l'incision du rein met un terme à son saignement et arrête l'évolution de son inflammation.

Je lui répondrai que je ne considère pas la néphrotomie comme le seul traitement des néphrites hématuriques; elle ne doit être employée qu'après échec des médications internes, et lorsque les pertes de sang deviennent inquiétantes par leur abondance et leur durée. Je connais bien ces hématuries rénales des jeunes enfants auxquelles fait allusion M. Tuffier : comme les albuminuries du jeune âge, elles cessent d'elles-mêmes à l'adolescence. Dans les cas que j'ai opérés et dans ceux que j'ai analysés, il s'agit d'hématurie survenue chez des adultes.

De quelle manière agit la néphrotomie pour arrêter et guérir les néphrorragies des néphrites chroniques? Sans espérer donner une explication absolument inattaquable, je vais toutefois en fournir une qui me paraît rationnelle.

Auparavant, je dois faire une remarque préjudicielle sur la nature des néphrites donnant lieu aux hématuries longues et profuses. Ce ne sont pas, en général, les néphrites du mal de Bright proprement dit, celles qui s'accompagnent de polyurie, ou au contraire d'oligurie, d'albuminurie constante, d'hydropisies, de troubles cardiaques, d'urémie, etc., ce sont des néphrites discrètes, parcellaires, n'intéressant que quelques systèmes glomérulaires. Ces inflammations limitées jouent, dans la pathogénie du saignement chez des malades essentiellement congestifs, le rôle de l'ensemencement bacillaire du poumon dans les hémoptisies : elles provoquent des troubles circulatoires dans les vaisseaux altérés et friables de la zone voisine et finalement l'extravasation sanguine. L'incision du parenchyme rénal fait d'abord cesser cette congestion hémorragique et, permettant aux lésions parcellaires de s'organiser en masse fibreuse, elle arrête définitivement les néphrorragies. Voilà mon explication. Je la donne pour ce qu'elle vaut. Mon but, en prenant la parole sur ce sujet

intéressant, n'a pas été d'ailleurs de l'étudier sous toutes ses formes. Je me suis seulement proposé d'apporter des faits cliniques bien observés par des hommes de haute compétence et de former ainsi une base à la discussion de cette question de néothérapeutique. Les remarques qu'ont bien voulu me faire mes collègues m'honorent et je les en remercie.

M. Tuffier. — Je remercie mon ami Pousson des explications qu'il veut bien me dédier, mais je ne puis m'en déclarer satisfait. Il me dit que la néphrotomie est *exploratrice*, et que cela constitue déjà un gros avantage. Mais je voudrais bien savoir ce qu'elle peut explorer de ce rein qui même ouvert sur la table d'autopsie ne révèle pas à l'œil la moindre lésion. Il me paraît bien plus difficile encore au milieu d'une opération dans un champ opératoire obscurci par un écoulement sanguin de poser un diagnostic anatomo-pathologique.

Pour *expliquer* ces hématuries, même obscurité; il s'agirait de néphrites glomérulaires parcellaires. Je connais ces néphrites chez les artério-scléreux, chez les vieillards, mais la majorité des observations publiées, celles mêmes qui viennent d'être rapportées ici, ont trait à des enfants; il m'est donc bien difficile d'accepter cette interprétation. Je crois qu'au point de vue anatomopathologique, ces néphrites sont mal connues; il est probable que leur pathogénie est variable. Un traitement par la néphrotomie dont nous ne comprenons pas l'action, dont nous ne pouvons expliquer le mécanisme, me parait mériter une circonspection toute particulière. M. Terrier me disait tout à l'heure qu'il s'agit peut-être de lésions vasculaires congénitales, cela est possible ; je connais très bien des atrophies congénitales du rein qui tuent par urémie dans la première enfance ou l'adolescence ; peut-être s'agit-il de faits semblables. En somme nous ne pouvons actuellement qu'enregistrer ces observations en avouant notre ignorance sur ce chapitre de la pathologie, et en acceptant avec de grandes réserves les résultats thérapeutiques.

Pronostic des fractures bimalléolaires,

par M. CHAPUT.

Je désire insister dans ce travail sur la fréquence des mauvaises consolidations, sur la réduction apparente cachant l'irréduction réelle des membres immobilisés dans le plâtre, sur les déviations tardives des membres qui paraissaient consolidés au sortir de l'appareil et sur la gravité pronostique de certaines formes anatomiques de fractures.

J'ai étudié les résultats éloignés des fractures du cou-de-pied à l'aide de mes observations personnelles et d'une douzaine de blessés du travail que j'ai eus à expertiser.

J'ai consulté aussi avec profit les belles collections de M. Vaillant, chef du Laboratoire de radiographie de Lariboisière, que je tiens à remercier de son obligeance et de ses précieux avis.

Je signalerai d'abord l'observation d'une malade entrée à l'hôpital Boucicaut avec une fracture bimalléolaire et un pied fortement dévié en abduction. Le plâtre appliqué nous procura une réduction convenable. En sortant de l'appareil, la fracture paraissait solide et le pied était en bonne position. Cette malade revint plusieurs mois après avec un pied très dévié en dehors et une hypertrophie énorme du tibia et des malléolles.

Il est certain que dans ce cas la consolidation n'était qu'apparente et que le poids du corps a dévié ultérieurement le membre. Nous n'avons malheureusement aucun moyen de diagnostiquer les retards de consolidation de ces fractures, car les cals sont transparents aux rayons X et la mobilité anormale manque à cause des raideurs de l'immobilisation.

Je rappellerai encore l'observation que je vous ai communiquée le 4 juillet dernier ; il s'agissait d'une fracture supra-malléolaire très oblique du tibia, qui guérit en mauvaise position malgré les soins minutieux de notre collègue Delbet.

Notre collègue Routier nous a communiqué, le 11 juillet dernier, un fait de déviation secondaire du pied après la sortie de l'appareil, laquelle avait été provoquée par une nouvelle chute du malade.

J'ai observé en 1903 un malade qui, sorti du plâtre en bonne position, revint quelques semaines après avec une forte déviation en valgus.

J'ai soigné cette année une fracture bimalléolaire par adduction qui a guéri avec une adduction plus forte que du côté sain.

Enfin, j'ai expertisé dans ces derniers temps douze blessés du travail atteints de fractures bimalléolaires anciennes. Sur ce

nombre, cinq avaient une déviation du pied en dehors très gênante, un avait une déviation en dedans.

Parmi les six non déviés, un seul était parfaitement guéri ; un autre avait des mouvements excellents, mais les malléoles étaient hypertrophiées, il souffrait beaucoup et avait subi de ce fait une forte diminution de capacité. Les quatre derniers avaient des hyperostoses des malléoles et du tibia avec diminution notable des mouvements de flexion, d'extension. L'incapacité de ces blessés a varié entre 10 et 40 p. 100.

En résumé sur douze malades, onze avaient un fonctionnement défectueux ; six avaient le pied dévié en dehors, et cinq un fonctionnement défectueux sans déviation.

J'ai trouvé dans la collection de Lariboisière un grand nombre de fractures anciennes présentant des consolidations extrêmement vicieuses. Trois surtout nous arrêteront.

Dans l'une (fracture par adduction) le pied est fortement dévié en dedans, le péroné est brisé assez bas, la malléole interne est détachée avec un fragment de l'épiphyse, le plafond de la mortaise regarde en bas, en dedans et en arrière, et l'astragale est subluxé en arrière et en dedans ; il y a de l'ankylose.

Sur la deuxième radiographie nous trouvons : fracture par adduction avec fracture basse du péroné, épiphyse tibiale éclatée en plusieurs fragments ; l'astragale est dévié en avant et en dedans de la mortaise ; ankylose.

Dans la troisième radiographie, je note : péroné brisé assez bas, hyperostosé, astragale porté en masse en dehors et en arrière avec hyperostoses de l'épiphyse tibiale et de la malléole interne.

Le plafond de la mortaise regarde en bas, en dehors, et en arrière. Trois radiographies de fractures bimalléolaires réduites en apparence et immobilisées dans le plâtre sont encore à signaler.

Sur la première, le péroné est brisé à 8 centimètres de la pointe, la malléole interne est détachée à sa base, l'astragale est transporté en masse en dehors et en arrière ; bref, la réduction est incomplète, malgré la bonne attitude apparente du pied.

La seconde fracture sous plâtre présente une rupture basse de la malléole externe ; la malléole interne est arrachée à sa base et a suivi l'astragale qui s'est porté fortement en dehors ; le tiers interne de la mortaise est déshabité.

La troisième fracture sous plâtre est très analogue à la précédente ; la moitié interne de la mortaise est vide, et cependant le pied est en adduction forcée, et la concordance des axes de la jambe et du 2e orteil est certainement réalisée.

Cette radiographie a été faite après trois réductions suivies de trois appareils plâtrés.

On voit combien il serait dangereux de se fier à la réduction apparente, si elle n'était contrôlée par la radiographie.

Tous ces documents nous démontrent que les consolidations vicieuses sont très fréquentes dans les fractures bimalléolaires, et que si un traitement excellent peut les éviter dans certains cas, dans d'autres, tous les efforts sont impuissants pour nous donner une consolidation parfaite.

Le *pronostic* des fractures bimalléolaires est d'autant plus grave que la déviation primitive est plus considérable.

Certaines conditions anatomiques aggravent spécialement le pronostic, telles que le diastasis péronéo-tibial inférieur, dont la réparation est particulièrement difficile.

Dans une de mes radiographies, en outre de la fracture des 2 malléoles, il existe un diastasis péronéo-tibial inférieur avec arrachement osseux par le ligament interosseux articulaire; l'écartement pourrait admettre le doigt. L'astragale ne répond plus qu'à la moitié externe de la mortaise, il est basculé de telle sorte que le bord externe de sa trochlée s'est introduit dans le diastasis.

Le diastasis ne se réduit jamais complètement, et souvent l'écartement se comble par des ossifications de nouvelle formation.

Les fractures par adduction, lorsqu'elles sont graves, s'accompagnent de plus grosses lésions de l'épiphyse tibiale que les fractures par abduction.

Dans une de mes observations, l'épiphyse tibiale est éclatée comminutivement ainsi que le tiers inférieur de la diaphyse, et l'astragale est, en outre, fortement luxé en dedans. Ces éclatements contre-indiquent toute opération primitive, car on sacrifierait une trop grande étendue d'os. Ces fractures consolident avec d'énormes hyperostoses et s'accompagnent d'ankylose.

Je signalerai encore la gravité de la fracture supra-malléolaire tibiale à trait oblique en bas et en dedans, dont la réduction sous-cutanée est impossible.

Les *fractures marginales postérieures* favorisent le déplacement de l'astragale en arrière, avec gêne de la flexion, en dénivelant le plafond de la mortaise lorsque le fragment est volumineux. Au contraire, si le fragment est petit, il se forme localement une hyperostose qui gênera l'extension.

Les fractures marginales antérieures augmentent la saillie du rebord antérieur du tibia, et gênent notablement la flexion.

Je rappelle encore que les fractures consolidées en bonne attitude peuvent s'accompagner de fonctions défectueuses (douleurs, gêne des mouvements) avec ou sans hyperostoses.

Conclusions : 1° On observe fréquemment des consolidations

apparentes à la sortie du plâtre, et qui sont suivies ultérieurement de déviation du pied ;

2° L'incapacité permanente partielle est la règle après les fractures bimalléolaires ; elle varie de 15 à 40 p. 100 ;

3° La réduction des fractures immobilisées dans le plâtre, peut exister en apparence, mais les rayons X démontrent souvent que l'astragale reste luxé ;

4° Le pronostic des fractures bimalléolaires est plus grave lorsque le déplacement primitif est considérable, lorsqu'il y a un fort diastasis péronéo-tibial inférieur, lorsque l'épiphyse tibiale est éclatée en plusieurs fragments, lorsque la fracture est supramalléolaire avec obliquité, dans les fractures marginales postérieures et antérieures.

M. Tuffier. — La communication de mon ami Chaput me paraît d'un grand intérêt, mais elle vise un nombre si considérable de faits qu'il m'est impossible de les discuter tous. J'envisagerai seulement trois points : les *variétés anatomiques* des fractures bimalléolaires, leur déplacement *primitif*, leur déplacement *secondaire*.

I. Depuis huit années j'ai fait radiographier systématiquement toutes les fractures qui sont passées dans mon service de la Pitié, de Lariboisière et de Beaujon. Ces radiographies ont été faites de face et de profil, avant la réduction de la fracture, après sa réduction, à la sortie du malade et souvent quelques semaines après. Ces documents me permettent d'avoir sur ce chapitre de la pathologie une opinion basée sur des faits. J'ai vu toutes les variétés que Chaput vient de nous montrer, fractures simples comminutives, fractures à déplacement postérieur, fractures marginales. J'en ai présenté ici même des exemples et j'en ai figuré dans mon rapport sur cette question au Congrès de Bruxelles de 1903, pp. 7, 9, 37, 38.

II. Les dispositions anatomiques sont moins intéressantes que *l'irréductibilité de leur déplacement primitif*. Je vous ai présenté à votre grand étonnement dans la séance du 13 décembre 1899, le résultat radiographique de ces déplorables réductions, en général, tout ce qui a été publié depuis cette époque n'a fait que généraliser et je dirais presque universaliser mes conclusions. Ce sont des fractures irréductibles au sens *anatomique* du mot, et si vous voulez bien remarquer que l'absence de réduction entraîne des troubles très marqués dans le jeu de l'articulation tibio-tarsienne, vous aurez l'explication de la gravité particulière de cette fracture. Désireux *de voir* sur place quelles étaient les manœuvres les plus efficaces de réduction, j'ai fait faire, en 1900, une table

munie, en bas, d'une ampoule à rayons X ; et dans la chambre noire, le blessé étant en résolution, j'ai fait faire des tractions énergiques sur le pied et sur la jambe; je voyais les os déplacés, je suivais des yeux la marche des fragments sous l'influence des tractions, je dirigeais ces manœuvres dans le sens le plus favorable. Je dois dire que dans le plus grand nombre des cas la réduction exacte était impossible, et toujours insuffisante à la coaptation. Le pronostic de ces fractures m'a paru d'autant plus sévère que la *réduction suivant l'axe* de la jambe était moins complète et le *diastasis* plus accentué. On croit souvent faire une réduction et une coaptation parfaites quand on place le pied en varus, mais c'est dans l'articulation astragalo-calcanéenne et dans la médio-tarsienne que le varus s'exécute et non par la mise en rapport exact de la mortaise et de l'astragale. Il y aurait beaucoup à dire encore sur cette question.

III. Les déviations *secondaires* ou dénommées telles par Chaput sont les déplacements qui se produisent *après la consolidation* cliniquement constatée. Sur ce point, je puis être absolument affirmatif. J'ai vu des malades qui, après quarante jours d'immobilité, avaient des réductions satisfaisantes, des extrémités osseuses consolidées, immobiles sous les pressions ou les tentatives de flexion. Ces malades étaient soumis à la mobilisation passive, lente, méthodique, qui est ma règle de conduite après la consolidation d'une fracture. Ces malades partaient pour Vincennes et me revenaient avec une impotence fonctionnelle très marquée, un gros cal, une déviation accentuée, et quand je les faisais radiographier et que je comparais l'épreuve à celle qui avait été faite avant leur sortie, je constatais qu'ils présentaient une déviation des fragments de date récente. Il ne peut donc pas y avoir de doute ; pour moi, ces déplacements tardifs existent; ils sont un danger, car ils sont *absolument irréductibles*, les os formant alors un massif, un bloc inattaquable ; la réduction sanglante elle-même est extrêmement pénible, si tant est qu'elle est possible, sans grands délabrements. Mais il y a un enseignement à retenir de leur constatation, c'est la lenteur excessive de la consolidation dans ces cas et la nécessité d'une immobilisation plus longue de nos fractures, c'est encore l'obligation d'une longue durée de mobilisation passive puis de mobilisation active mais inutile, c'est-à-dire qu'il faut faire mouvoir l'article sous l'influence des contractions musculaires du blessé sans faire porter à l'articulation le poids du corps.

Ces fractures me paraissent si graves et si intéressantes, il est si important à l'heure actuelle d'établir notre responsabilité, que leur histoire mériterait de rester à notre ordre du jour.

M. Ch. Monod. — J'ai été très frappé du grand nombre de mauvais résultats réunis par M. Chaput dans les radiographies qu'il nous a présentées. Je voudrais lui demander à ce sujet s'il est bien certain que, dans tous ces cas, la réduction a été faite sous chloroforme. Pour ma part, depuis longtemps, j'endors systématiquement les malades atteints de fracture bi-malléolaire — pour peu que la réduction ne se fasse pas avec la plus grande aisance. Je considère qu'en suivant cette pratique, on améliorera beaucoup les résultats obtenus à la suite de ce genre de fractures.

M. Pierre Delbet. — Comme on vient de le dire, mon ami Chaput nous a présenté des radiographies de variétés de fractures très différentes les unes des autres. Il avait paru d'abord poser la question des fractures de Dupuytren, mais il a parlé en outre des fractures sus-malléolaires et même de fractures plus élevées.

Des fractures du tiers inférieur de la jambe, autres que les fractures bi-malléolaires par abduction dites fractures de Dupuytren, je ne dirai rien : je me bornerai à une profession de foi, qui est identique à celle de Tuffier. Si l'on excepte les fractures de Dupuytren et certaines fractures sus-malléolaires franchement transversales qui sont très rares, on peut dire qu'on ne réduit pas les fractures du tiers inférieur de la jambe. On croit les réduire, on ne les réduit pas. On obtient une correction apparente qui paraît bonne; on fait radiographier et on voit que les os chevauchent. Ils ne sont jamais au contact, ils ne sont jamais bout à bout quelque soin que l'on mette à soigner la fracture, quelque appareil que l'on emploie. J'ai fait radiographier bien des malades; j'ai vu bien des radiographies de malades soignés par d'autres chirurgiens que moi; je n'ai jamais vu les fragments replacés bout à bout. Et quand on sait quelles incroyables difficultés on rencontre à faire une réduction parfaite, lorsqu'on a mis largement à nu le foyer de la fracture et qu'on agit directement sur les fragments, on ne peut pas être surpris que des manœuvres indirectes aient un si piètre résultat.

M. Monod demandait si l'on avait employé le chloroforme dans les cas présentés par Chaput. Je m'en suis servi souvent et je n'en suis plus très partisan. Voici pourquoi. On a souvent affaire à des individus plus ou moins alcooliques qui ont une période d'agitation violente. Ils exécutent avec leur membre fracturé des mouvements désordonnés, ils augmentent leur déplacement, ils traumatisent le foyer de la fracture, ce qui n'est peut-être pas sans inconvénient. Et ce n'est pas tout. Je me rappelle un malade atteint de fracture de Dupuytren, chez qui la peau était fortement tendue, comme il arrive souvent, sur l'extrémité inférieure du

tibia. Il se débattait avec une violence telle qu'on n'arrivait pas à l'immobiliser et je tremblais de peur de voir craquer la peau amincie.

Je n'en reconnais pas moins que l'anesthésie et la résolution musculaire facilitent grandement les efforts de réduction et je les obtiens avec la stovaïne lombaire. Pour moi, qui n'ai jamais été grand partisan de cette méthode, je lui vois là une indication. La stovaïne, qui non seulement anesthésie les membres inférieurs, mais aussi les paralyse, me paraît capable de rendre de véritables services.

J'arrive aux fractures de Dupuytren, fractures bi-malléolaires par abduction, auxquelles je m'intéresse depuis longtemps d'une manière toute spéciale. Ce sont des fractures graves, difficiles à traiter et avec lesquelles on n'est jamais sûr d'arriver à un résultat parfait.

Je ne veux toucher que deux points de leur histoire, et d'abord la question des déviations secondaires qui me tient particulièrement à cœur. Sebilleau et moi les avons étudiées il y a pas mal d'années. Je leur ai consacré des cliniques qui ont été publiées. Chaput, Tuffier viennent de nous en citer des exemples; mais je sais qu'elles ne sont pas admises par tout le monde. Ainsi M. le Professeur Berger me parlant de mes cliniques me disait : « Je ne crois pas à vos déviations secondaires, elles n'existent pas. Ce sont des déplacements primitifs mal réduits. »

Cependant, il y a des malades qui sortent de l'hôpital avec un pied dont l'axe est correct et qui reviennent quelques mois après avec une forte déviation en valgus. Sebilleau en a vu, Chaput en a vu, Tuffier en a vu. Et j'ai cru pouvoir donner dans nos cliniques de 1897 une explication satisfaisante de ces déviations secondaires. J'ai assimilé les fractures de la malléole interne aux fractures de la rotule et cette assimilation est basée sur trois ordres de considérations. D'abord, c'est une fracture articulaire. En outre la malléole arrachée est presque sans connexions vasculaires, revêtue à moitié de cartilages, à moitié de ligaments comme la rotule elle-même. C'est là une condition qui ne facilite pas la formation du cal. Il en est une autre et c'est le troisième point. Le trait de fracture de la malléole est net, horizontal, mais la gaine fibreuse qui revêt sa face interne, ne se rompt pas aussi nettement que l'os.

Les fibres ne cèdent pas toutes au même niveau; elles cèdent à des hauteurs variables; elles s'effilochent et ainsi se forment des lambeaux flottants qui peuvent, comme à la rotule, se recroqueviller entre les fragments, autre obstacle à la consolidation.

Les conditions anatomo-pathologiques de la fracture étant très

semblables à celles qu'on observe au niveau de la rotule, quoi d'étonnant si le résultat est le même, si le cal malléolaire est souvent fibro-cartilagineux?

Ce cal est en effet souvent fibro-cartilagineux et c'est pour cela que surviennent des déplacements secondaires. Les preuves de cette insuffisance du cal sont de deux ordres, les preuves radiographiques et les preuves opératoires.

Sur les radiographies de fractures anciennes, le cal est transparent. Je sais bien qu'il ne faut pas trop arguer de cette transparence. Bien des cals parfaitement solides se laissent assez aisément traverser par les rayons de Rœntgen. Cependant, en comparant les radiographies d'autres fractures avec celles des fractures de Dupuytren, on constate que la transparence est excessive.

Je n'insiste pas : les preuves opératoires suffisent. J'ai opéré quelques fractures de Dupuytren vicieusement consolidées. J'ai fait une fois l'ostéotomie sus-malléolaire; je ne la fais plus pour des raisons que j'ai développées ailleurs. Je m'applique à repasser dans le trait de fracture. Or au niveau de la malléole interne, on ne rencontre pas de difficultés pour le faire. Il n'y a pas besoin de ciseaux et de maillet, le cal se laisse couper au bistouri.

On ne peut donc pas nier qu'il reste longtemps fibreux. Aussi faut-il, pour éviter les déplacements secondaires, immobiliser les malades d'une manière prolongée. Je laisse l'appareil plâtré quarante jours en place : mais après l'avoir enlevé, je garde les malades au lit encore dix ou quinze jours suivant les cas, et je ne réponds pas qu'avec ces précautions j'éviterai toujours les déplacements secondaires.

Le second point dont je veux dire quelques mots est la limitation de la flexion. Chaput a eu raison de la signaler. Elle trouble notablement la marche. Il n'est pas besoin que la flexion dépasse beaucoup l'angle droit, mais il faut qu'elle le dépasse de quelques degrés pour que la marche soit correcte. Si elle est limitée à l'angle droit, l'ancien fracturé marche en pilonnant, il est infirme dans une certaine mesure.

Il y a, je crois, deux causes principales à la limitation de la flexion. La plus fréquente me paraît être l'insuffisante correction du déplacement en arrière. Je parle de ce déplacement qu'on a appelé luxation ou subluxation du pied, mauvais mot, puisqu'une partie des surfaces articulaires supérieures, les deux malléoles sont entraînées avec l'astragale. Ce déplacement en arrière est souvent considérable et difficile à corriger.

Lorsque, la jambe étant fixée par un aide, le chirurgien saisit le

talon pour le reporter en avant, il arrive, et cela est vrai pour toutes les fractures du tiers inférieur de la jambe, qu'au lieu d'obtenir le mouvement de translation en avant qu'il cherche, il produit simplement une flexion, une angulation, au niveau de la fracture. Le résultat apparent est satisfaisant. Le talon ne fait plus saillie en arrière, l'avant-pied ne paraît plus raccourci, mais cependant l'astragale n'a pas repris ses rapports normaux avec l'extrémité inférieure du tibia et, dans ces conditions, la flexion reste limitée.

Les hyperostoses sont la seconde cause de limitation de flexion. Je ne parle pas des hyperostoses diffuses qui se produisent dans les fractures esquilleuses et dont Chaput vient de nous montrer des radiographies, non, mais d'une hyperostose de petites dimensions, qui échappe à l'examen extérieur. Elle se développe en avant, au niveau de l'angle formé par la face antérieure avec la face inférieure du tibia. Il est probable qu'elle a pour origine des arrachements périostiques comme la plaque osseuse qui se développe parfois à la suite de luxation du coude. Quoi qu'il en soit, elle existe. Je l'ai réséquée une fois : je l'ai vue deux autres fois sur des radiographies. Étant donné son siège, on comprend qu'elle forme un véritable taquet qui arrête la flexion

---

Présentations de malades.

Épithélioma.

M. Morestin. — Épithélioma du cou d'origine branchiale. — Rapporteur, M. Jean-Louis Faure.

Présentation d'un ostéome du brachial antérieur.

M. Peyrot. — Le blessé que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie est atteint d'une lésion qui n'est point rare. Il s'agit d'une ossification du brachial antérieur droit consécutive à une contusion de ce muscle; mais cet ostéome est si développé, il est si typique, qu'il m'a paru intéressant de vous le montrer avec les radiographies qui en ont été faites.

Le blessé, âgé de quarante-sept ans, a reçu, le 21 juillet, sur la partie inférieure et antérieure du bras droit une pièce de bois qui la contusionna gravement. Le lendemain et les jours suivants apparaissait en effet une ecchymose qui prit une grande extension. Le blessé se contenta de pratiquer lui-même sur la région

blessée des frictions et des applications d'alcool camphré. Après onze jours de repos, le 1er août, il put reprendre son travail de charpentier et il a continué de travailler jusqu'au 12 septembre. Mais dès le commencement de septembre il éprouvait une gêne qui allait en augmentant et qui le détermina à garder le repos, à partir de la date que je viens d'indiquer. Dès cette époque le médecin traitant constata l'existence de l'ostéome que voici.

On trouve, comme vous le voyez, dans la région du brachial antérieur, une masse qui occupe surtout sa partie supérieure, dure, irrégulière à sa surface, adhérente évidemment à l'humérus, car elle est parfaitement immobile. Le biceps et les muscles épicondyliens passent au-dessus d'elle. Le diagnostic n'est pas douteux. Cette masse est indolente. Elle occasionne seulement un peu de gêne fonctionnelle.

La flexion et l'extension ne sont plus possibles que dans le tiers à peu près de leur étendue normale. La pronation et la supination sont parfaitement conservées. Je pense qu'il y a lieu de pratiquer l'ablation de cet ostéome.

Appareil de marche pour fracture de cuisse.

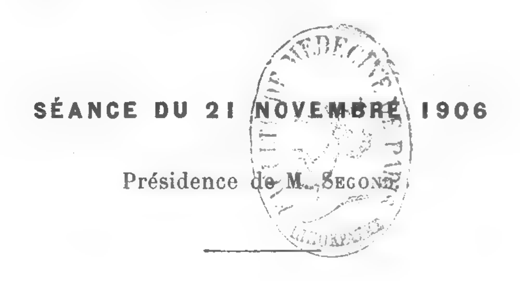
M. Pierre Delbet. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un malade atteint de fracture du fémur et muni d'un appareil de marche. Sa fracture date de cinquante jours, aussi la chose n'a-t-elle pas grand intérêt. D'ailleurs, c'est un peu par hasard que je vous présente ce malade, comme vous allez le voir.

Il marche très bien avec son appareil en s'aidant d'une simple canne. Vous l'avez vu descendre ces quelques marches et vous le voyez déambuler. Il marche si bien qu'il m'a dit, il y a environ un mois : « Je me promène toute la journée : je n'ai pas besoin de rester à l'hôpital. J'aime autant rentrer chez moi et reprendre mes occupations. » J'ai accédé à son désir et je ne l'avais pas revu depuis vingt ou trente jours. Aujourd'hui, il est revenu à l'hôpital pour se faire enlever son appareil et ma surveillante, qui s'intéresse vivement aux travaux scientifiques du service, l'a immédiatement envoyé à la Société de chirurgie.

Le Secrétaire annuel,

Michaux.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1906

Présidence de M. Segond.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre de M. Dieulafé (de Toulouse), qui fait remarquer au secrétaire de la Société que l'envoi d'une communication, intitulée : *Nephroptose et scoliose réflexe*, le 17 octobre 1906, n'est pas mentionné dans nos Bulletins. Ce travail a cependant été déposé et envoyé à une Commission dont M. Broca a été nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. Walther dépose sur le bureau de la Société un travail de de M. Soubbotitch, intitulé : *Luxation compliquée du métatarse.*

Ce travail est envoyé à une Commission dont M. Walther est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur les fractures bimalléolaires.

M. Lucas-Championnière. — La communication de notre collègue, M. Chaput, était tellement touffue qu'il y aurait de grands inconvénients à aborder dans une discussion tous les points qu'il a touchés dans son exposition. Même dans les radiographies qu'il nous a montrées, il y avait un peu de tout : fractures bimalléollaires, fractures du péroné et même fractures du tiers inférieur de la jambe.

Il s'est pourtant étendu surtout sur une question qui me paraît mériter toute votre attention, parce qu'elle est peu connue, mal interprétée et pourtant d'une importance capitale pour tout médecin : la déformation tardive des membres fracturés qui paraissaient définitivement consolidés et que l'on avait rendus à leur fonction. Par le temps qui court, alors que l'on invoque toutes les responsabilités possibles, lorsqu'en définitive, en cas de doute, on a une grande tendance à accuser la responsabilité du chirurgien, il n'y a aucun détail de cette question qui n'ait son intérêt.

Il y a pourtant quelques questions abordées par M. Delbet, qui me paraissent d'importance si capitale que je tiens à en dire mon mot. Je suis complètement d'accord avec lui pour cette constatation : impossibilité de réduction des fractures difficiles bout à bout, des fractures voisines de l'articulation tibio-tarsiennes, de ces réductions dites parfaites que l'on a toujours la prétention de faire.

Il y a bien des années que j'affirme que les chirurgiens se font d'extraordinaires illusions sur l'efficacité de leur intervention pour la réduction absolue des fractures.

Voilà bien longtemps que je dis que le fait que le sujet est parfaitement guéri, marche avec un membre souple, sans difficulté, sans racourcissement bien apparent, ne signifie pas du tout qu'il a été l'objet d'une réduction parfaite.

J'ai soutenu pendant bien des années avant la radiographie que le résultat de l'action du chirurgien pouvait être tenu pour parfait alors que la réduction vraie de la fracture n'était pas obtenue. Pour que le résultat soit bon, il suffit que l'axe de la jambe soit bien conservé, que la souplesse articulaire n'ait pas été perdue et que l'appui du membre reste normal.

Depuis, les radiographies ont montré que j'avais absolument

raison et je suis très heureux de voir que M. Delbet signale encore la réalité de ce fait.

En revanche, je ne puis être d'accord avec lui pour accepter le danger de l'action du chloroforme dans la réduction, ou pour parler plus exactement dans le traitement des fractures de l'extrémité inférieure de la jambe.

Je suis au contraire très partisan de son emploi, et tellement que, pour tous les cas difficiles, j'ai toujours recommandé à mes élèves de ne pas manquer à son emploi. Je dois dire qu'eux comme moi s'en sont bien trouvés, à la condition, bien entendu, de multiplier les précautions et de ne pas hésiter à remplacer très rapidement le premier appareil placé dans le but d'un maintien qui ne pourrait être continué dans les premiers jours de la fracture si on ne revenait au placement de l'appareil.

Il est bien vrai que nous avons souvent affaire à des alcooliques très agités au réveil. Moi qui n'aime guère les injections de morphine après le chloroforme je n'ai pas hésité à en user dans ce cas particulier et je n'ai eu que de bons résultats. Je crois encore avoir obtenu par cet emploi du chloroforme, même répété plusieurs fois, des résultats que je n'aurais pas obtenus autrement.

J'accorde pourtant volontiers à M. Delbet que, malgré tous les soins, malgré le chloroforme et malgré toute l'attention possible, il m'est arrivé d'échouer. Je crois qu'il y a des cas tellement difficiles, heureusement rares, dans lesquels il faut savoir que l'on a toutes chances d'échouer par tous les procédés possibles.

Il y a encore un point sur lequel je ne suis pas d'accord avec M. Delbet, sur le siège de l'opération rectificative à faire pour les cas de déformation de la jambe par ces fractures du voisinage de l'articulation tibio-tarsienne. M. Delbet émet comme précepte général la nécessité de passer par le foyer de la fracture.

D'accord avec lui s'il s'agissait d'une pseudarthrose, je crois au contraire que c'est en général au delà du foyer de la fracture que doit porter l'action sur les os. J'ai eu de cette pratique des résultats très satisfaisants, et l'opération me paraît tellement plus simple que je n'ai pas hésité à la faire ainsi plusieurs fois.

J'arrive à la question qui me paraît devoir être traitée ici avec quelque ampleur, celle des déformations secondaires des cals qui, après traitement régulier, paraissaient solides. Pour discuter cette question, il faut laisser de côté les sujets qui ont été insuffisamment soignés, auxquels on a permis de marcher avant la consolidation de leurs fractures.

On peut alors critiquer la manière dont le sujet a été soigné et surveillé.

Mais, il est absolument incontestable que certains sujets, après

un traitement suffisamment prolongé, ayant paru bien consolidés, normalement autorisés à se servir de leurs membres, reviennent plus tard avec des déformations qui montrent que leur cal a été tordu, qu'il s'est affaissé et que des déviations plus ou moins importantes sont observées. Ces patients ont une tendance toute naturelle à rapporter le résultat à un traitement défectueux; et, quelquefois, des médecins insuffisamment avertis de ces cas, n'hésitent pas à accuser les confrères de ces déviations tardives.

Tous ceux qui ont étudié beaucoup de fracturés ont observé de ces faits.

Je tiens même à dire que ces faits fâcheux ne sont pas le privilège des fractures de l'extrémité inférieure de la jambe. Il n'y a guère de fractures des os longs pour lesquelles on n'ait occasion de rencontrer cette complication.

M. Delbet en donne une explication, acceptant que la nature spongieuse de l'extrémité inférieure du tibia permettrait la formation d'un cal mou et prédisposé à la déviation.

Je ne crois guère, pour ma part, à cette interprétation qui ne s'accorderait pas avec ce que nous observons par exemple pour le fémur, l'humérus, la clavicule ou le radius, os sur lesquels j'ai observé absolument le même phénomène.

Je l'ai constaté sur des sujets chez lesquels non seulement le traitement avait été régulièrement suivi, mais pour des cas dans lesquels l'immobilisation avait été exagérée.

Je suis même convaincu pour ma part que si une cause de cette défectuosité du cal peut être invoquée, l'excès de l'immobilisation est au premier rang des traitements qui conduisent à ce résultat.

Le médecin en a d'autant moins de défiance qu'il imagine qu'en exagérant la longueur de l'immobilisation, il s'est garanti contre l'insuffisance de la solidité.

Cette insuffisance de résistance du cal donne lieu à des déformations secondaires qui varient avec la forme de l'os et avec les pressions que celui-ci peut subir.

J'ai vu en un cas un raccourcissement notable du fémur sur un sujet traité par M. Hennequin. Le raccourcissement dépassait deux centimètres, et certainement lorsque M. Hennequin avait examiné le sujet et déclaré qu'il n'avait aucun raccourcissement, il devait avoir raison.

J'ai vu une déformation très marquée du poignet chez un sujet qui n'avait aucune déformation au moment où il avait commencé à travailler d'une façon dure pour son poignet.

Dans ce cas, plusieurs semaines après la guérison, le cal qui paraissait bien solide subit une véritable torsion.

J'ai vu des sujets à l'hôpital dont on pouvait suspecter la bonne foi lorsqu'ils rapportaient qu'ils n'avaient pas de déformation lorsqu'ils avaient commencé à marcher. On pouvait arguer aussi pour contester leur dire de leur défaut de soin habituel. Mais j'ai vu des cas analogues en clientèle chez des sujets qui avaient dû être soignés régulièrement.

J'ai vu une jeune femme d'une trentaine d'années qui se présentait avec une énorme déviation du pied en dehors après une fracture du plateau du tibia et de la malléole externe.

Elle avait été immobilisée plus de trois mois. Son médecin affirmait, et elle aussi, qu'au sortir de l'appareil elle n'avait pas de déviation et marchait d'abord sans fatigue.

Je n'avais aucune raison de suspecter leur dire. Cette déviation secondaire était si considérable qu'il n'y avait qu'à opérer ou à faire porter un appareil prothétique.

Il ne s'agissait pas d'une pseudarthrose. Le pied était sotide en sa position vicieuse.

En résumé, je crois ces déviations secondaires plus communes que l'on imagine. Il est bien difficile d'établir exactement les conditions dans lesquelles elles se produisent et de les prévenir. Je pense que leur connaissance doit nous engager a beaucoup surveiller les fracturés au moment où on va permettre l'usage du membre. Il faut procéder par tâtonnements et tenir compte plus qu'on ne le fait généralement des sensations douloureuses que peut accuser le sujet qui commence à se servir de son membre.

Je crois que les longues et rigoureuses immobilisations ont des chances de laisser de ces cals insuffisamment résistants.

Enfin, j'estime que la notion exacte de ces cas doit engager à ne pas accuser trop légèrement de manque de soins le chirurgien après le traitement duquel on observe ces déviations tardives.

M. Schwartz. — Je tiens à joindre quelques considérations à celles présentées par mes collègues à propos de la question des fractures bimalléolaires, et m'en tenant exclusivement à celles-ci. Elles constituent, en effet, une des variétés de fractures du cou-de-pied les plus graves tant au point de vue de la restitution des formes que de celle de la fonction.

On peut les diviser en : 1° fractures bimalléolaires sans ou avec très peu de déplacement et abduction;

2° Fractures avec abduction du pied, saillie du fragment malléolaire interne en masse avec ou sans issue de ce fragment;

3° Fractures où le déplacement essentiel consiste en un transport du pied en masse en arrière, sans luxation proprement dite;

4° Fractures présentant un ou plusieurs des déplacements sus-

mentionnés et compliquées d'une dislocation tibiopéronière avec ou sans arrachement d'un fragment du tibia.

Cette division les classe, à notre avis, suivant leur degré de gravité.

Alors que les deux premières variétés, en effet, se réduisent assez facilement, il est loin d'en être de même des deux dernières et c'est surtout à leur propos que nous voyons persister les raideurs graves, sinon les déviations plus ou moins accentuées.

Je suis d'avis que trois facteurs essentiels doivent intervenir dans le traitement de ces fractures qui demandent à être surveillées très minutieusement :

1° Les réduire le plus tôt possible, et s'il y a le moindre doute sur leur réduction, employer l'anesthésie générale dont je me suis toujours bien trouvé en ayant soin de bien fixer le membre pendant la période d'excitation.

Lorsqu'il y a du gonflement, appliquer correctement l'appareil à attelles et coussins de Dupuytren, jusqu'à ce que le gonflement ait à peu près disparu, et le remplacer alors par un appareil plâtré solide; celui-ci sera appliqué d'emblée s'il n'y a pas de gonflement. Le pied sera maintenu en bonne situation jusqu'à dessiccation bien complète. La bonne situation, c'est le pied dans l'axe de la jambe et plutôt en légère flexion vers sa face dorsale.

2° Laisser l'appareil en place au moins pendant quarante à cinquante jours, en surveillant bien son exacte adaptation ;

3° Traiter le blessé par la mobilisation et le massage seulement quand la consolidation est complète, et le surveiller dans les premières semaines où on lui permettra de marcher en le prévenant de la possibilité des déviations secondaires.

En suivant cette règle de conduite, j'ai toujours pu arriver, sauf dans quelques cas, à un très bon résultat.

Nous venons précisément d'avoir affaire à un de ces cas de luxation simulée du pied arrière, voilà environ deux mois. Vous pouvez juger, d'après cette radiographie, que la réduction a été parfaite et le résultat fonctionnel est excellent, quoique notre blessé fût un alcoolique avec une musculature très puissante.

Lecture

Anévrismes artériels.

M. Riche. — Deux observations malheureuses d'anévrismes artériels traités chirurgicalement. — Rapporteur : M. Lejars.

Communications.

Fracture de Maisonneuve (fracture dite par diastase),

par M. QUÉNU

Maisonneuve a décrit, en 1840, une variété de fracture du péroné dans laquelle le péroné ne se brise qu'après que la rotation de l'astragale en dehors a écarté les deux malléoles l'une de l'autre, en les laissant intactes, mais après avoir arraché tous les ligaments tibio-péroniers ; c'est à cette variété de fracture pour la première fois décrite par lui que Maisonneuve a donné le nom de fracture par diastase.

Dans la fracture par diastase, le péroné se brise non directement au-dessus des ligaments de l'articulation tibio-péronière inférieure, mais au quart supérieur ; le mécanisme semble être celui de la torsion. Mais, chose curieuse, Maisonneuve n'a apporté aucun fait clinique ni aucune autopsie à l'appui de sa description. Depuis, quelques auteurs ont reproduit la division et la description de Maisonneuve sans apporter aucun document personnel, tels Follin et Duplay. D'autres ont passé les fractures par diastase sous silence, et ces fractures semblent de plus en plus tomber dans l'oubli.

Je crois pourtant que la diastase mérite d'attirer notre attention, mais peut-être faudrait-il au lieu de dire fracture *par* diastase, comme si on admettait que la diastase est la cause entraînante de la fracture, dire fracture *avec* diastase. J'étudie précisément expérimentalement et cliniquement ce rôle de la diastase dans le mécanisme et dans les résultats tardifs des fractures (1). La diastase n'accompagne pas seulement les fractures du quart supérieur du péroné, elle s'observe suivant une proportion plus fréquente

(1) Ces études paraîtront dans la *Revue de chirurgie.* Je suis convaincu que les mauvais résultats obtenus dans quelques fractures bi-malléolaires ont trait surtout à des fractures avec diastase.

qu'on ne pense dans les fractures de l'extrémité inférieure. Chaput vous en a montré un exemple. Souligoux a bien voulu me confier deux radiographies probantes. J'en possède un exemple personnel, mais aujourd'hui je vous présente autre chose: ces photographies et radiographies sont relatives à la fracture type de Maisonneuve, c'est-à-dire avec siège de la fracture à l'extrémité supérieure du péroné. Il s'agit d'une femme adulte dont la fracture datait de dix-huit mois quand elle vint tout récemment me consulter.

La photographie montre bien l'élargissement du cou-de-pied. Les radiographies sont démonstratives : l'écartement est de plus de 1 centimètre entre les surfaces tibio-péronières inférieures et se poursuit le long de l'espace interosseux. De petits ostéomes interposés entre les deux os accusent le décollement du périoste tibial ; le tibia est comme luxé en dedans et l'astragale répond à peine à la moitié externe du plateau tibial.

La fracture du péroné est nettement oblique, le trait commençant à peine à 2 centimètres de la tête péronière et descendant obliquement de dedans en dehors et de haut en bas.

La malade marchait mal, souffrait et désirait beaucoup une intervention que j'ai pratiquée il y a trois semaines et dont les résultats seront publiés ultérieurement.

M. Routier. — Je sais, en effet, que la fracture de Maisonneuve par diastasis est rare et généralement mal décrite. En 1884, j'ai publié dans le *Progrès médical* quelques cas de fractures par diastase, c'est-à-dire de fractures hautes du péroné avec écartement péronéo-tibial inférieur.

Elles ont bien guéri par de simples appareils qui ramenaient les malléoles péronières au contact du tibia.

On ne faisait pas de radiographies à cette époque, mais la symptomatologie avait été très étudiée.

Je dois dire que depuis cette époque je n'ai guère rencontré que un ou deux cas analogues ; ce doit être une fracture rare.

M. Potherat. — J'ai observé l'année dernière un fait très net de fracture de Maisonneuve, diastasis péronéo-tibiale inférieure, avec fracture du péroné en haut, vérifié par la radiographie.

J'avais fait le diagnostic de fracture de Maisonneuve, parce que les signes m'ont paru absolument nets, et aussi probablement parce que j'avais vu autrefois deux cas de cette fracture dans le service de M. Le Fort qui apportait, vous le savez, un soin tout particulier dans l'examen des fractures du membre inférieur et en particulier des traumatismes malléolaires et périmalléolaires.

Je n'avais pas cru devoir vous communiquer le fait que j'ai observé dans mon service de l'hôpital Broussais, pensant que la fracture de Maisonneuve était bien et dûment établie.

J'ajoute que mon malade, homme adulte, n'a subi aucune intervention sanglante. Je ne me suis aucunement préoccupé de la fracture du péroné, portant toute mon attention sur la diastasis tibia-péronière. Pendant quelques jours, j'ai fait de la compression ouatée, assez serrée; puis le gonflement dû à l'épanchement traumatique ayant disparu ou diminué, j'appliquai moi-même un appareil plâtré enserrant bien les deux malléoles. Au bout d'un mois seulement, ce malade quittait mon service en bon état et marchant bien. Je lui conseillai de porter toujours une chaussure montante, lacée, bien serrée.

M. Sieur. — J'ai eu l'occasion d'observer deux cas de fracture du péroné siégeant au-dessous de la tête de cet os et s'accompagnant de diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

C'est au cours d'exercices de voltige que mes deux malades s'étaient fracturé le péroné de la jambe qui essayait de franchir le cheval. Entraînés en dehors par la violence de leurs efforts et par le mouvement tournant de leur monture, ils étaient tombés lourdement sur le pied en abduction; les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs ayant seuls cédé, le péroné s'était fracturé au niveau de son col.

Un seul de ces malades a été radiographié, et la radiographie a montré l'intégrité des malléoles, le diastasis inférieur et la fracture supérieure du péroné. Tous les deux ont parfaitement guéri à la suite d'un traitement par les bains, le massage et la contention du cou-de-pied.

M. Chaput. — Les grands diastasis péronéo-tibiaux inférieurs sont rares, mais les déplacements légers sont fréquents, on les observe une ou deux fois sur 10. Je vous présenterai ultérieurement une série de radiographies démonstratives.

Le traitement du cancer du col de l'utérus par l'hystérectomie abdominale,

par M. le Dr J.-L. FAURE.

J'ai tenu à me rendre compte des résultats que m'a donnés l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer du col de l'utérus. J'ai donc recherché mes observations, j'ai tâché de savoir ce qu'étaient devenues mes opérées, et c'est le résultat de ces recherches que je vous apporte aujourd'hui.

Je m'occuperai exclusivement des cancers du col opérés par l'abdomen, laissant de côté ceux que j'ai traités par l'hystérectomie vaginale et qui, d'ailleurs, ne m'ont donné, à ma connaissance, qu'une seule guérison durable, qui date aujourd'hui de cinq ans.

Je laisse également de côté les cancers du corps de l'utérus qui ne sont en aucune façon comparables aux cancers du col.

Je ne tiendrai aucun compte des laparotomies exploratrices, qui m'ont parfois permis de constater que l'opération radicale était impossible. La laparotomie est un moyen d'exploration comme un autre, plus précis qu'un autre, mais c'est tout, et les malades qui l'ont subie ne doivent pas, si l'on veut étudier impartialement les résultats d'une opération comme l'hystérectomie, prendre rang parmi les opérées.

Ma première opération, qui fut une des toutes premières faites en France, remonte au 5 août 1896. J'ai fait, depuis cette époque, exactement quarante opérations.

Mais ma façon d'opérer a varié suivant les époques. Elle s'est, comme toujours, améliorée à mesure que mon expérience devenait plus grande, et les opérations de ces derniers temps ne ressemblent en aucune façon à celles que je faisais il y a dix ans.

J'ai passé, au cours du perfectionnement incessant de ma technique, par trois étapes successives.

Dans une première période, qui s'étend de ma première opération jusqu'à la fin de l'année 1901, ma technique était incertaine. J'avais même créé pour cette première opération, un procédé particulier que je n'ai jamais cru devoir décrire, et qui ne mérite pas d'être décrit. Puis j'ai employé le procédé de Kelly, l'hémisection utérine; j'ai fait des opérations irrégulières et tâtonnantes en me rapprochant peu à peu de la technique décrite par Wertheim. Au début de 1902, j'ai commencé à employer régulièrement cette technique que j'ai exécutée d'une façon plus méthodique encore, après avoir vu opérer Wertheim lui-même au Congrès de Rome

de la même année, en y ajoutant toutefois, d'une façon presque systématique, la ligature des hypogastriques.

Cette seconde période s'est prolongée jusqu'au commencement de cette année.

C'est alors qu'a commencé une troisième étape, bien courte encore, au cours de laquelle j'ai exécuté un certain nombre d'hystérectomies par la méthode vagino-abdominale dont je vous ai entretenus il y a quelques mois à propos d'une communication de notre collègue Pierre Duval.

Au cours de ces trois périodes successives, et comme il arrive toujours, la gravité de l'intervention opératoire a été sans cesse en décroissant.

Ma première série comprend 15 cas. Sur ces 15 cas, j'ai perdu 9 opérées, soit une mortalité de 60 p. 100. C'est un chiffre considérable, mais qui s'explique à la fois par les conditions générales de cette chirurgie à cette époque, par mon inexpérience, et aussi, je dois l'avouer, par mon excessive témérité. Comme beaucoup d'entre nous, comme nous tous, pourrais-je dire, je pensais, au début de ma carrière, que tous les espoirs sont permis et que le cancer est un mal devant lequel nous ne devons jamais reculer. Il semble, qu'en chirurgie, l'éducation personnelle soit la seule en laquelle on ait foi, et j'ai, comme bien d'autres, fait la dure expérience qu'il est des entreprises qui sont au-dessus de nos forces. J'ai opéré trop de malades qui présentaient des lésions très étendues, trop étendues, des cancers immobilisés dans le bassin et que je n'opérerais plus aujourd'hui. J'ai fait de larges évidements pelviens, des dissections longues et pénibles du bassin que je ne ferais plus maintenant, et c'est pourquoi j'ai eu jadis une mortalité que j'ai le ferme espoir de ne plus revoir désormais.

Ma seconde série comprend 18 cas, avec 6 morts, soit 33 p. 100. L'amélioration est manifeste, mais la gravité opératoire est toujours considérable. Cela tient encore, en grande partie, à ce que, malgré mes bonnes résolutions, je me suis trop souvent laissé entraîner à tenter des opérations que j'aurais mieux fait de ne pas tenter, en particulier chez des femmes jeunes, atteintes de lésions très graves, et que je n'ai pas eu le courage d'abandonner à leur sort.

Cela tient aussi à ce que, au moins dans les deux premières années, jusque vers la fin de 1903, j'essayais encore les grandes dissections pelviennes auxquelles j'ai renoncé depuis, et si, dans mes 7 premières malades, j'en ai encore perdu 3, soit 43 p. 100, j'en ai perdu le même nombre dans les onze dernières, ce qui fait tomber la mortalité à 27 p. 100, chiffre encore considérable, mais qui trouve son explication dans l'étendue des lésions chez quel-

ques-unes des malades que je me suis encore, presque malgré moi, laissé aller à opérer.

Enfin, dans ma dernière série — opérations vagino-abdominales — j'ai perdu 1 malade sur 7, soit 14 p. 100. Encore cette malade a-t-elle succombé au douzième jour, à la suite d'accidents mal définis, évidemment de nature septique, mais qui n'ont pas eu la brutalité des accidents de grande infection qui ont emporté presque toutes les autres. Celles-ci, en effet, à part une des dernières malades de la deuxième série qui a succombé à une hémorragie, sont toutes mortes rapidement d'accidents septicémiques, soit que la désinfection d'un foyer malade trop étendu et qui n'a presque jamais pu être enlevé d'un bloc, ait été impossible ou insuffisante, soit que l'ouverture des espaces celluleux du bassin, nécessitée par la recherche des ganglions éloignés, ait provoqué des accidents de septicémie celluleuse dont n'ont pu triompher des opérées déjà épuisées par la maladie, par l'infection chronique, par la longueur et la gravité de l'opération.

Il reste donc 24 malades qui ont survécu à l'opération. C'est par elles seules que nous pourrons nous rendre compte de l'efficacité de l'intervention, et le nombre des guérisons durables doit être compté par rapport au nombre des malades sorties vivantes de l'opération. Nous ne savons en effet ce que seraient devenues les opérées qui ont succombé, et leur mort ne nous donne aucun renseignement sur la curabilité de la maladie. Elle nous montre seulement que l'opération est grave et ne doit être entreprise qu'à bon escient.

Sur ces 24 malades, j'éliminerai tout d'abord les six dernières, opérées depuis un maximum de six mois et qui sont trop récentes pour qu'on en puisse tirer un enseignement quelconque.

Deux d'entre elles, qui avaient des lésions très graves — l'une d'elles avait la vessie envahie — et chez lesquelles je n'ai pu faire que des opérations incomplètes, sont, bien entendu, en pleine récidive. Il serait plus exact de dire que leur mal a continué son évolution.

Les quatre autres sont en parfaite santé.

Je dois cependant faire une réserve au sujet de l'une d'elles, celle que notre collègue Routier m'a fait l'honneur de me faire opérer dans son service. Dans son désir de faciliter ma tâche, il m'avait choisi une malade présentant des lésions très faibles, et bien que l'aspect clinique fît penser à un cancer, l'examen histologique en fait un cas douteux. Sa guérison, si elle se maintient, pourra donc prêter à la discussion.

Quoi qu'il en soit, il m'est actuellement impossible de faire état

de ces quatre malades, qui ne présentent encore aucune trace de récidive.

Il me reste donc exactement 18 malades, dont 6 de la première série et 12 de la seconde.

Voici les résultats de mon enquête.

1° *Première série* (malades opérées par des procédés divers, de 1896 à fin 1901). Guérisons opératoires : 6.

1 malade perdue de vue.
3 récidives rapides.
1 récidive au bout de 6 ans (malade que connaît mon ami Pierre Delbet), actuellement vivante, opérée depuis 8 ans et 2 mois.
1 Guérison datant de 7 ans et 7 mois.

2° *Deuxième série* (malades opérés de 1902 à 1905 par le procédé de Wertheim, avec ou sans évidement pelvien. Guérisons opératoires : 12.

1 malade dont je n'ai pu retrouver la trace.
1 récidive rapide.
1 récidive. Morte au bout de 23 mois.
9 Guérisons qui se décomposent ainsi :

1 depuis 1 an et 2 mois.
4 depuis 1 an et 4 mois.
1 depuis 2 ans et 4 mois.
1 depuis 2 ans et 10 mois.
1 depuis 3 ans et 4 mois.
1 depuis 3 ans et 6 mois.
1 depuis 4 ans.
1 depuis 4 ans et 5 mois.
1 depuis 4 ans et 6 mois.

Voilà donc 10 malades au moins sur 18, soit 55 p. 100, qui présentent des guérisons sérieuses, parfois même de longue durée. Il y en a deux ou trois que je n'avais pas perdues de vue, mais j'avoue qu'en commençant mon enquête, je n'espérais pas en retrouver autant, et que j'ai été agréablement surpris par le résultat obtenu.

La malade qui, malgré sa récidive actuelle, vit encore au bout de huit ans, a eu, avant sa rechute, près de six bonnes années. C'est en somme, un onzième résultat favorable et qui n'est pas non plus pour me décourager.

Quoi qu'il en soit, en comptant les deux malades disparues comme mortes de récidive, il n'en est pas moins établi que, sur 18 malades, il y en a 10, soit 55 p. 100, qui se présentent aujour-

d'hui avec des survies sérieuses, et plusieurs avec des guérisons qui paraissent durables.

Et si j'envisage exclusivement les malades opérées de 1902 à fin 1905 par la méthode de Wertheim, je trouve les chiffres suivants qui se passent de commentaires :

En considérant comme morte de récidive la malade que je n'ai pu retrouver, il me reste, sur 12 malades, 9 opérées sans récidive, depuis un temps qui varie de un an et deux mois à quatre ans et six mois (trente-six mois en moyenne). Cela fait un minimum de 75 p. 100 de guérisons.

L'opération de Wertheim est longue, difficile, fatigante. Mais les résultats qu'elle permet d'obtenir montrent qu'elle récompense largement le chirurgien de la peine qu'il s'est donnée.

Ces malades étaient-elles au moins de celles pour lesquelles, au moment de l'opération, tous les espoirs sont permis? Avaient-elles des cancers au début? Nullement. En dehors de celle que j'ai opérée en juillet 1905, à Baudeloque, qui présentait une ulcération douteuse grande à peine comme une pièce de 50 centimes et pour laquelle un examen histologique préopératoire a été nécessaire, toutes les autres présentaient des lésions assez étendues, comme celles que nous voyons tous les jours, et qui, dans plusieurs cas, m'avaient fait hésiter à entreprendre l'opération.

La malade opérée le 10 avril 1899 et guérie depuis sept ans et sept mois, avait un cancer que je considérai à cette époque comme inopérable par le vagin, avec empiètement sur les culs-de-sac. L'opération fut difficile, et je fus obligé de disséquer l'uretère droit, englobé dans l'induration.

Elle fut opérée par hémisection, ce qui, je me hâte de le dire, est, pour le cancer de l'utérus, un mauvais procédé. Elle n'en reste pas moins toujours guérie.

La malade guérie depuis quatre ans et six mois, opérée le 22 mai 1902, avait l'utérus mobile, mais le vagin envahi à droite.

Celle que j'opérai le 25 juin 1902 avait un cancer cavitaire assez étendu. Je lui extirpai des ganglions situés à droite et à gauche à la bifurcation des iliaques.

La malade opérée le 18 novembre 1902 et guérie depuis quatre ans, et que j'ai revue ces jours-ci dans un état de santé magnifique, présente une histoire plus instructive encore.

Elle avait commencé à souffrir en mai 1902. Elle vint à l'Hôtel-Dieu le 4 juillet, époque à laquelle on institua un traitement médical, parce que l'abstention était de règle dans le service. Elle revint en septembre, avec un col bourgeonnant. On la renvoya de nouveau. Elle revint le 28 octobre. J'étais alors dans le service où je suppléais le professeur Duplay. Je la reçus et, trouvant les

parois vaginales encore indemnes, je l'opérai. C'est une de celles à laquelle j'ai fait l'évidement pelvien, puisque je vois dans l'observation : enlèvement du tissu cellulaire et des ganglions iliaques externes, iliaques internes, sous-pubiens, sacrés, du promontoire, iliaques primitifs. Je ne sais si c'est à cette recherche des ganglions que la malade doit sa guérison. Mais elle est toujours là, bien qu'ayant été opérée six mois après sa première visite à l'hôpital.

La cinquième malade, opérée le 4 mai 1903 et guérie depuis trois ans et demi, était un cas relativement favorable, avec large ulcération cervicale, mais vagin indemne et utérus bien mobile.

La sixième, opérée le 7 juillet 1903, depuis trois ans et quatre mois, avait un col énorme, infiltré dans toute sa hauteur. L'utérus, il est vrai, était encore mobile, l'opération a été très pénible, la dissection des uretères très laborieuse. Il y eut même une fistule uretérale, qui se ferma spontanément au bout d'un mois.

La septième, opérée le 28 janvier 1904 et guérie, par conséquent depuis deux ans et dix mois, avait les culs-de-sac vaginaux envahis. L'opération fut très difficile et je fus obligé de laisser sur des vaisseaux du plancher pelvien des pinces à demeure sortant par la plaie abdominale.

Pour la huitième je n'ai pu retrouver la description exacte des lésions.

La neuvième, qui est le cas le meilleur que j'aie jamais opéré, est la malade qui vint à Baudelocque avec un cancer au début et qui ne put être reconnu que par un examen biopsique.

Quant à la dixième et dernière, guérie depuis quatorze mois seulement, elle avait un épithélioma intra-cervical évident remontant assez haut dans la cavité utérine, avec intégrité du vagin. C'était donc un cas relativement bon.

Vous voyez donc que presque toutes ces malades portaient des lésions assez avancées et que deux ou trois d'entre elles pouvaient presque être considérées comme inopérables.

Tels sont les résultats que je désirais vous communiquer. J'ai l'intention de suivre ces malades avec beaucoup de soin, ainsi que celles que j'aurai l'occasion d'opérer à l'avenir, et l'année prochaine, à pareille époque et pour notre commune instruction, je m'engage à venir vous dire ce qu'elles seront devenues.

Quelle que soit l'opinion que chacun de nous puisse avoir sur la curabilité du cancer, il me paraît difficile de ne pas reconnaître que les résultats que je vous apporte sont encourageants. Etant donné ce que nous savons et ce que nous voyons communément dans le cancer de l'utérus, je dirai même qu'ils sont inespérés.

Il est de toute évidence qu'ils eussent été meilleurs encore si

toutes les malades que j'ai opérées l'avaient été à une période beaucoup plus rapprochée du début de leur mal. Et c'est la conclusion pratique que je veux tirer de cette communication.

La cure du cancer est à l'ordre du jour, et de tous côtés montent des paroles d'espoir. S'il est un point d'où elles doivent s'élever plus puissantes que partout ailleurs, c'est de la tribune de la Société de Chirurgie. C'est nous, qui savons ce que nous pouvons, qui avons le devoir de les prononcer. J'estime que nous porterions la responsabilité morale de bien des malheurs si, quelles que soient chez certains d'entre nous les convictions intimes qu'expliquent légitimement les échecs presque constants que donnait autrefois une technique insuffisante, nous proclamions encore une fois que devant le cancer de l'utérus, nous n'avons rien à faire, ni rien à espérer. Nous savons tous que dans le cancer, le salut est dans les opérations larges et précoces. Les quelques faits que je viens de vous exposer nous montrent que le cancer du col de l'utérus n'échappe pas à cette loi, et que, à en juger par les bons résultats que l'on peut obtenir dans des cas déjà trop anciens, nous pouvons avoir, en opérant de bonne heure, et en employant une bonne technique, des succès qui ne le céderont peut-être en rien à ceux que l'on obtient dans le cancer du sein.

Eh bien, si nous voulons opérer les malades avant qu'il soit trop tard, lorsque nous pouvons encore les guérir, il faut faire passer notre conviction dans l'esprit des médecins, qui sont les premiers à les voir. Il ne faut pas que leur répulsion instinctive pour l'acte opératoire puisse s'appuyer sur l'opinion des meilleurs d'entre nous ; il ne faut pas qu'ils puissent trouver dans les paroles qui sortent d'ici des prétextes à s'abstenir. Il faut qu'ils sachent une fois pour toutes que le cancer de l'utérus peut guérir, qu'il guérit souvent, et que lorsqu'ils hésitent à conseiller l'opération à une femme atteinte d'un cancer de l'utérus encore peu étendu, ils prennent la responsabilité de sa mort.

M. Pierre Delbet. — Je n'ai pas l'intention d'engager la discussion, en cette fin de séance, sur le traitement du cancer de l'utérus. Je m'étais fait inscrire pour présenter une pièce et je remercie M. le président de bien vouloir me permettre d'en parler maintenant. L'importante communication de mon ami Faure augmentera son petit intérêt.

Cette pièce, la voici : c'est une préparation microscopique d'un cancer du col de l'utérus. Le diagnostic histologique ne présenta pas plus de difficultés que le diagnostic clinique n'en avait offert. Cependant, j'ai tenu à montrer la coupe à M. Cornil, afin que personne ne puisse élever le moindre doute sur la nature de

la lésion. Il s'agit d'un épithéliome pavimenteux, lobulé, à globes muqueux : c'est la forme la plus banale des cancers du col.

La malade à qui je l'ai enlevé est venue me voir samedi dernier en me disant : « Il y aura après-demain dix ans que vous m'avez opérée. » Je l'ai examinée avec soin et je n'ai pas trouvé trace de récidive.

La persistance de cette guérison est d'autant plus remarquable qu'il s'agit d'une femme jeune — vous savez la particulière gravité du cancer chez les jeunes sujets ; — elle avait trente-deux ans quand je l'ai opérée, et j'ai fait tout simplement une amputation haute du col.

Présentations de malades.

Mammite double de la lactation, simulant une tumeur maligne (1)

MM. Chaput et Souligoux. — Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans grande, assez maigre, au teint très pâle, cireux.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien qui mérite d'être noté.

Réglée à quinze ans, régulièrement. Mariée à vingt-deux ans, elle est restée quatre ans sans avoir d'enfants,

Elle est devenue enceinte en novembre 1905.

Rien à noter pendant le début de la grossesse, sauf une frayeur intense vers le cinquième ou sixième mois en assistant à une crise d'épilepsie.

En juillet 1904, un peu avant d'accoucher, elle constate dans le sein droit de petits noyaux durs peu volumineux, disséminés.

Elle accouche le 21 juillet, l'enfant se porte bien, tout se passe normalement.

Peu après, les seins augmentent considérablement de volume, surtout le droit. Elle nourrit cependant ; l'enfant prend plus volontiers le sein gauche qui est plus souple et moins tuméfié.

Un médecin consulté pense à un abcès et ordonne des cataplasmes. Elle ne suit aucun traitement et la tuméfaction continue à augmenter ; un second médecin diagnostique : mammite. Elle entre peu après à Lariboisière, le 15 novembre 1906.

Etat actuel. — Les deux seins sont très augmentés de volume, surtout le droit.

Le sein droit mesure 15 centimètres de hauteur et 12 centimètres

(1) Observation rédigée sur les notes de M. Delort, externe du service.

de largeur. Un ruban appliqué sur le sein, du bord interne au bord externe mesure 24 centimètres. La circonférence du sein est marquée par un bord saillant très visible.

Le sein s'étend du premier espace intercostal à la neuvième côte. Il existe une grosse bosselure à la partie externe du sein.

Le mamelon droit est un peu plus effacé que le gauche. L'aréole est large, œdémateuse, elle mesure environ 6 centimètres de diamètre.

On aperçoit sous la peau des veines fortement dilatées.

A la partie externe on constate une tache rouge violacée occupée par des varicosités capillaires, mesurant la largeur de la paume de la main. Cette tache présente au centre une tache blanchâtre. La peau est adhérente au niveau de cette tache ; toutefois des mouvements de circumduction exécutés avec la pointe du doigt la mobilisent légèrement.

Au-dessus du mamelon existe une tache violacée avec varicosités et adhérences de la dimension d'une pièce de 2 francs.

Ces taches variqueuses rappellent l'épithéliome encéphaloïde du sein propagé à la peau.

A la palpation, on sent des noyaux volumineux durs, saillants, variant du volume d'une noix à celui d'une mandarine.

A la partie supérieure existe une grande plaque ligneuse de 8 centimètres de diamètre. A la partie externe on trouve une masse de 10 centimètres de diamètre, supportant la tache violacée.

Les bosselures les moins grosses rappellent les formes des lobes de la glande au moment de la montée du lait.

Sein gauche. — Le sein gauche est moins volumineux : hauteur 13 centimètres, largeur 10 centimètres et demi.

Le membre est normal, l'aréole mesure 6 centimètres de diamètre ; le lacis veineux n'existe qu'à la partie supérieure, il est peu développé.

La circonférence du sein n'est pas limitée par un bord saillant.

Il n'existe pas de taches violacées ni d'adhérences de la peau.

On constate à la palpation des noyaux nombreux de forme et de volume variables, durs, mieux isolés qu'à droite, et rappelant les lobules mammaires normaux.

Les deux seins sont mobiles sur les parties profondes. On trouve dans les deux aisselles quelques ganglions du volume d'une noisette.

La pression est peu douloureuse, mais la malade éprouve une gêne causée par le volume et le poids de la tumeur, surtout à droite. — La malade, sevrée depuis huit jours et purgée plusieurs fois, possède encore beaucoup de lait crémeux et épais, surtout à droite.

Avant sa grossesse la malade était régulièrement et abondamment réglée.

Depuis l'accouchement, les règles n'ont pas reparu.

Au *toucher vaginal* l'utérus a bien involué, tout est normal. Les appareils digestif et respiratoire sont sains.



Les réflexes et la sensibilité sont normaux. La malade est émotive; elle a parfois de violentes colères avec des crises de larmes, mais pas d'attaques de nerfs.

Il y a des traces d'albumine dans les urines et beaucoup d'urates, mais pas de sucre.

La malade est maigre, pâle, jaunâtre, et assez faible; elle a diminué de poids depuis qu'elle nourrit.

La température oscille autour de 38 degrés.

Depuis quelques jours, sous l'influence du sevrage et de la compression, les seins diminuent de volume, les masses dures se réduisent, les taches encéphaloïdes pâlissent et se décolorent; on entrevoit la guérison complète dans un avenir peu éloigné.

Réflexions. — Cette observation est intéressante par plusieurs

côtés; j'insiste sur l'état presque cachectique de la malade, l'énorme volume des deux seins, l'hypertrophie et la dureté de certains lobules, les masses dures, ligneuses, énormes, avec adhérences de la peau et veinosités d'aspect encéphaloïde.

Notons encore la rapidité du pouls, l'émotivité, l'albuminurie légère, la température autour de 38 degrés. La première fois que nous avons vu la malade, nous hésitions entre le diagnostic de tumeur maligne et celui de mammite. La marche des événements nous a permis de conclure à une sorte d'hypertrophie analogue à l'hypertrophie normale de la montée du lait, mais beaucoup plus importante, avec adhérences de la peau, taches violacées, masses ligneuses considérables.

Ce fait nous a paru rare, il méritait une relation détaillée.

Tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urètre chez la femme.

M. Henri Hartmann. — Dans cette courte communication, je désire attirer votre attention sur un nouveau siège de la tuberculose hypertrophique et sténosante, déjà bien connue au niveau du cæcum depuis les travaux de Pilliet et les nôtres, au niveau du rectum depuis ceux de Sourdille.

La tuberculose hypertrophique et sténosante, dont nous voulons aujourd'hui vous apporter un exemple, n'a, croyons-nous, pas encore été décrite.

Il s'agit d'un rétrécissement tuberculeux de l'urètre féminin, que nous avons eu l'occasion d'opérer.

Notre malade, âgée de vingt-sept ans, se présenta à notre consultation parce qu'elle avait des envies continuelles d'uriner et qu'elle n'arrivait à vider la vessie qu'avec des efforts et des douleurs considérables.

Le début de l'affection remonte à six ans; à cette époque, éprouvant des troubles de la miction, elle consulta un médecin qui diagnostiqua un polype de l'urètre, et l'enleva après anesthésie locale à la cocaïne; l'opération ne fut suivie d'aucune modification dans les symptômes. Depuis cette époque, la malade a subi, à Paris et à Vienne, une série de traitements, les uns purement médicaux, les autres consistant dans le passage de bougies, sans jamais éprouver d'amélioration dans son état. Bien au contraire, la maladie alla progressivement en s'aggravant, en particulier depuis deux ans.

Dans ces derniers temps, les mictions sont devenues plus fré-

quentes, jusqu'à douze fois par nuit; elles sont douloureuses pendant l'émission, la douleur cessant dès que l'urine est évacuée.

A la place du méat, on voit une sorte de crête charnue, débordant les petites lèvres et mesurant environ 2 centimètres de hauteur; la muqueuse, à son niveau, a une couleur grisâtre très légèrement rosée; elle est épaissie, d'apparence scléro-œdémateuse; une fente d'environ 1 centimètre de haut, située vers la partie moyenne du repli, représente l'orifice urétral. Lorsqu'on l'étale, cette crête se déplisse et prend la forme évasée d'un pavillon de trompette. Il n'existe pas d'induration de l'urètre au delà. Tous les explorateurs et bougies sont arrêtés à 2 centimètres en arrière de l'orifice. Les urines sont claires; rien de particulier du côté de l'appareil génital.

Il est évident que nous nous trouvons en présence d'un rétrécissement serré du canal avec infiltration d'apparence scléro-œdémateuse sous-jacente. L'ensemble des symptômes nous fait penser à la possibilité d'une lésion analogue à celle du rétrécissement tuberculeux ano-rectal.

A l'appui de cette hypothèse, nous notons que le père est mort de tuberculose pulmonaire, qu'un frère a été atteint de mal de Pott. La malade semble, il est vrai, dans un état de santé général parfait, et ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire; mais elle a été traitée pendant longtemps pour de l'anémie; elle a eu, il y a six à sept ans, un amaigrissement temporaire notable, et a été, à cette époque, traitée pour une bronchite assez rebelle; depuis lors, elle tousse facilement chaque hiver.

Le 6 octobre 1906, après anesthésie, nous fendons sur la ligne médiane, en haut et en bas la partie terminale de l'urètre évasée en pavillon de trompette, et voyons alors au fond de cette sorte d'entonnoir un petit orifice punctiforme dont le calibre correspond assez exactement aux dimensions d'un stylet de trousse.

Nous débridons ce point qui correspond à un rétrécissement très limité, à peine long de 4 millimètres, et trouvons en arrière un urètre de calibre normal.

Etant donné notre diagnostic de tuberculose hypertrophique et sténosante, nous excisons toute la partie antérieure du canal et terminons l'opération par une suture de la muqueuse urétrale à celle des parties entourant le nouveau méat, affrontant avec des catguts 00 la muqueuse de l'urètre en bas à celle du vagin, latéralement et en haut à celle du vestibule.

Pansement à la gaze boriquée humide, pas de sonde à demeure.

Dès le lendemain, la malade nous dit avoir uriné normalement et sans douleur, comme elle ne l'avait pas fait depuis des années.

La guérison est obtenue sans incidents, et dix jours après la malade quitte l'hôpital.

Aujourd'hui, elle continue à se trouver très bien, le méat a un aspect normal; l'urètre, libre à l'explorateur 21, a une longueur de 4 centimètres (18 novembre).

L'examen de la pièce a confirmé notre diagnostic, comme le montre la note que nous a remise notre assistant, M. Lecène :

« L'épithélium urétral est conservé et ne présente que des lésions insignifiantes ; il est légèrement proliféré et son épaisseur totale est plus considérable que la normale.

Le tissu cellulaire sous-muqueux est énormément épaissi et œdématié ; les vaisseaux sont dilatés et entourés d'un manchon de cellules embryonnaires. De place en place on trouve, au milieu de ce tissu conjonctif enflammé des follicules tuberculeux, constitués surtout par des amas plus ou moins volumineux de cellules rondes, présentant tous les caractères des lymphocytes ; au centre des amas de lymphocytes, on trouve des cellules polyédriques à protoplasma granuleux, à noyau volumineux, présentant les caractères des cellules dites épithélioïdes. En aucun point il n'existe de cellules géantes typiques, mais souvent deux ou trois cellules épithélioïdes se réunissent et ébauchent ainsi des cellules géantes. Ces follicules tuberculeux ressemblent tout à fait à ceux que l'on trouve dans les tuberculoses cutanées et sous-cutanées à évolution ente, telles que certains lupus et surtout les sarcoïdes de Bœck, étudiés récemment par Darier.

L'examen des coupes traitées par la méthode de Levaditi, n'ont pas permis de trouver de spirochætes de Schaudinn. De même la recherche des bacilles de Koch sur les coupes a été négative : mais ce caractère négatif ne prouve rien, car la présence de bacilles est d'une extrême rareté dans les tuberculoses cutanées du type sarcoïde (Darier). Il est probable que ces lésions tuberculeuses atténuées sont de nature toxinienne, comme le prouve l'expérimentation au moyen des toxines tuberculeuses à action locale de Auclair (Darier).

L'inoculation au cobaye, que nous avons faite, est encore trop récente pour que nous puissions sacrifier l'animal; dès maintenant nous pouvons cependant dire qu'il a maigri d'une manière manifeste.

Il nous paraît donc bien établi que l'on peut observer au niveau de l'urètre de la femme des rétrécissements tuberculeux absolument comparables à ceux décrits par Sourdille au niveau de la région ano-rectale. Ces rétrécissements doivent être traités par l'excision avec suture de la partie profonde de la muqueuse urétrale à la muqueuse des parties avoisinantes.

M. Pierre Delbet. — Hartmann, en nous exposant ce cas intéressant, a dit que les rétrécissements tuberculeux de l'urètre n'avaient pas été signalés. Je veux seulement rappeler qu'ils ont fait l'objet d'un mémoire de Bérard.

Fistule double faisant communiquer le côlon et la vessie, puis la vessie et le vagin. Fermeture de la fistule intestino-vésicale, puis de la fistule vésico-vaginale. Guérison.

M. Henri Hartmann. — G..., vingt-cinq ans, entre le 14 juin 1903 dans notre service, à l'hôpital Lariboisière, salle Lailler, n° 9, parce qu'elle perd par le vagin ses urines mêlées de matières fécales.

Cette malade raconte que, six ans auparavant, en avril 1896, on lui fit, à Besançon, une taille vaginale pour un calcul dont le centre était formé par une épingle à cheveux. Trois semaines après l'opération, on constata dans ses urines la présence de pépins de figues, puis de matières fécales nettement reconnaissables.

Une première tentative de fermeture de la fistule vésico-vaginale, en juin de la même année, ne fut pas suivie de succès. La malade vint alors à Paris et entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Polaillon. Celui-ci tenta de nouveau, inutilement, de fermer la fistule vésico-vaginale. Il chercha ensuite, dans l'intérieur du rectum, l'orifice de la fistule intestino-vésicale, mais ne la trouve pas. Une troisième tentative de fermeture de la fistule vésico-vaginale n'aboutit de même à rien. La malade se décourage alors et ne fait plus rien pendant cinq ans.

Lorsqu'elle entre dans notre service, elle perd la plus grande partie de ses urines par le vagin; une petite quantité est émise par l'urètre. Celle-ci contient du pus en abondance et est mêlée de matières fécales, quelquefois en morceaux reconnaissables. Des gaz passent par la vessie en produisant un bruit de clapotement. Lorsque la malade se purge, les matières passent en abondance par la vessie; les lavements refluent de même en partie par celle-ci. Lorsque l'on injecte de l'eau en certaine quantité dans la vessie, quelques gouttes de liquide apparaissent à l'anus.

Le col utérin est mou, régulier; son orifice légèrement entr'ouvert regarde en bas et en arrière; le corps est en antéflexion normale; on ne sent de tuméfaction en aucun point; cependant, en arrière et à gauche, profondément, contre la paroi de l'excavation, au voisinage du détroit supérieur, on trouve une vague induration un peu sensible à la pression.

Le toucher rectal ne fait rien sentir de particulier.

Après application d'une valve de Sims, on voit, en un point correspondant à peu près au col vésical, un orifice fistuleux de petites dimensions, entouré d'une paroi amincie; l'urètre est libre et nullement rétréci.

Malgré son infirmité, la malade a mené une grossesse à terme et sans incident il y a dix mois. Elle a toujours joui d'une bonne santé, à part ce fait que, vers l'âge de onze ans, elle a eu dans la région cervicale droite un abcès qui a mis des mois à se fermer et a laissé une cicatrice difforme.

Le 1er juillet 1903, après anesthésie, nous pratiquons la *cystoscopie directe* avec un tube urétroscopique et un miroir frontal. Dans le segment postérieur gauche de la vessie, nous voyons un orifice fistuleux qui se présente avec une apparence rappelant celle que donne à l'endoscope un urètre de femme. Une pince, introduite dedans, pénètre dans l'intestin établissant que la fistule a des dimensions considérables, à peu près celles d'un urètre de femme. La muqueuse vésicale est saine dans tout le reste de son étendue. L'*examen du rectum*, pratiqué avec un tube protoscopique, montre que l'ampoule est saine et que, par conséquent, la communication est plus haut située, sur le côlon pelvien.

Le 6 juillet 1903, *fermeture de la fistule colo-vésicale*. Après lavage de la cavité vésicale à l'eau boriquée, par une incision médiane intermédiaire au pubis et à l'ombilic, nous ouvrons le ventre sur la malade placée en position élevée du bassin. L'excavation vidée des anses qui s'y trouvent, nous voyons que le côlon pelvien adhère à la face postérieure du ligament large gauche un peu au-dessous et en dedans de la fossette ovarienne, à 1 centimètre 1/2 en dehors du bord gauche de l'utérus. Nous commençons à décoller ce côlon; nous arrivons à le séparer facilement jusqu'à un moment où il ne reste plus qu'une zone du diamètre d'un crayon qui ne peut être séparée avec l'ongle.

Il semble qu'à ce niveau une sorte de diverticule de l'intestin s'enfonce dans le ligament large. Nous le sectionnons au bistouri à ras du ligament large, repérant, à mesure que nous faisons la section, les bords du trou du ligament large avec des pinces de Kocher. Relevant le côlon libéré et l'amenant à l'extérieur, nous fermons sa perforation avec trois points séparés au catgut qui comprennent toutes les tuniques de l'intestin, puis nous enfouissons ce premier rang de sutures sous une suture non perforante à la soie.

Nous revenons alors à l'orifice vésical qui a laissé écouler quelques gouttes de liquide au moment de la section, et le fer-

mons par un premier surjet au catgut que nous enfouissons sous cinq points non perforants à la soie.

Drain dans le cul-de-sac recto-utérin. Fermeture de la paroi abdominale à trois plans. Une sonde de Pezzer à pastille perforée est placée dans la vessie par la fistule vésico-vaginale.

Le drain est retiré le quatrième jour, et la guérison a lieu sans incidents. A partir de ce moment, la fistule intestino-vésicale est fermée.

Nous partons en vacances, laissant à notre collègue Michon le soin de fermer la fistule vésico-vaginale. Celui-ci l'opère sans succès et la malade quitte le service découragée.

Nous la revoyons cette année. La fistule vésico-vaginale est toujours dans les mêmes conditions.

Le 31 octobre 1906, *fermeture de la fistule vésico-vaginale.* Après avivement, nous suturons la fistule avec trois fils d'argent, maintenus avec des plombs perforés et écrasés sur les fils, à la manière des tubes de Galli. Nous enlevons les fils le 10 novembre ; la fistule semble définitivement fermée. La malade urine normalement et peut être regardée comme guérie de sa double infirmité.

Cancer recto-sigmoïdien. Amputation abdomino-périnéale du rectum. Guérison.

M. Henri Hartmann. — Les cas d'amputation abdomino-périnéale du rectum suivis de *guérison chez l'homme* sont exceptionnels ; aussi croyons-nous devoir vous présenter ce malade que nous avons opéré il y a un an et qui reste bien guéri à la suite de notre intervention.

Cet homme, âgé de cinquante-six ans, est entré dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, le 20 novembre 1905, parce qu'il avait présenté, huit jours auparavant, une hémorragie abondante par l'anus.

Le début semble remonter à dix-huit mois, époque à laquelle il eut une hémorragie semblable. Antérieurement déjà, le malade était un constipé ; il restait plusieurs jours sans aller à la selle, mais n'avait eu jusque-là aucun symptôme, ni fonctionnel, ni objectif.

C'est ainsi qu'à la suite d'une période de constipation plus longue, le malade se présente un matin à la selle. Après des efforts violents, il expulse péniblement des matières dures, sèches, segmentées et diminuées de volume, mais non aplaties. Elles ne présentent à ce moment pas trace de sang. Mais environ une heure après, le malade éprouve, chose à laquelle il est peu habitué, un besoin assez pressant, et il rend par l'anus la valeur d'un verre de sang pur. Ce sang est rouge foncé, assez liquide et contient quelques caillots. Pendant quatorze heures, à

une heure d'intervalle chaque fois, le malade a des selles semblables, composées à peu près de la même quantité de sang.

Il garde le lit huit jours et reprend ses occupations.

Depuis lors, jusqu'à la dernière hémorragie qui date de huit à dix jours, il n'a jamais perdu même un filet de sang. En revanche, les troubles fonctionnels deviennent un peu plus marqués.

Mais le malade, qui s'observe peu, ne s'en est jamais autrement inquiété.

La constipation est devenue habituelle. Le malade reste huit et dix jours sans aller à la selle, mais sans être autrement incommodé; il n'accuse aucun symptôme de dyspepsie stercorale. Non seulement il n'éprouve pas de ténesme, mais il n'a jamais la sensation de besoin et c'est uniquement à cause de la longue durée de ses constipations qu'il se présente à la selle.

Les selles sont légèrement modifiées dans leur forme. Elles sont toujours petites, segmentées, mais jamais ni rubanées, ni laminées. Parfois, mais seulement dans ces derniers temps, les efforts que fait le malade pour aller à la selle n'aboutissent qu'à l'expulsion de quelques mucosités glaireuses, jamais striées de sang.

Le malade dit avoir quelquefois remarqué dans ses selles la présence de fragments « ressemblant à de la chair », mais il est difficile de faire préciser la nature de ces déchets.

Le malade souffre peu ; c'est tout au plus si dans ces derniers mois il s'est plaint, au moment où la période de constipation est à son maximum, de coliques, qu'il localise toujours à l'ombilic.

Il attire l'attention sur ce fait, qu'il a pu constater lui-même, qu'il voit au moment de ses coliques se former un gonflement sous la paroi de la fosse iliaque gauche; et s'il y porte la main il y sent une boule assez dure.

Enfin, il y a dix jours, hémorragie par l'anus qui rappelle par ses caractères exactement la précédente. Mais elle dure seulement douze heures, et le malade ne reste alité que deux jours. A noter que le malade fait depuis quelques mois de la bicyclette et qu'il prétend avoir vu sa constipation céder un peu sous l'influence de cet exercice.

Pas d'amaigrissement, pas de troubles du côté des urines.

Examen. — Rien à l'inspection.

A la palpation on sent dans la fosse iliaque gauche une tumeur qui roule sous le doigt, qui est sensible et quelque peu mobile dans le sens latéral.

Cette tumeur se modifie un peu les jours suivants, diminue de volume et donne alors à peu près l'impression de la corde colique de Glénard.

Hernie inguinale droite volumineuse.

Toucher rectal : il est négatif.

La palpation bimanuelle, pratiquée sur plan incliné, permet de distinguer deux tumeurs : l'une qui est celle que l'on sentait par la palpation directe dans la fosse iliaque gauche, et une autre du volume d'une grosse noix qu'on parvient à abaisser, avec la main abdominale,

sur le doigt rectal. — Néanmoins, le doigt dans le rectum n'arrive pas directement sur la tumeur, mais la perçoit indirectement à travers les parois rectales. Cette tumeur est douloureuse.

Proctoscopie. — Le malade est placé dans la position génu-pectorale. On se sert du proctoscope n° 24. L'introduction est facile : on aperçoit la muqueuse de l'ampoule rectale enflammée, légèrement tomenteuse et recouverte d'un exsudat grisâtre.

Un peu plus haut, à 10 centimètres et demi de l'anus, le proctoscope est arrêté, et l'on aperçoit au fond de sa lumière une ulcération épithéliomateuse. Cette ulcération est limitée par un bourrelet saillant de la muqueuse qui est infiltrée, violacée et saigne assez facilement.

On pratique alors, en s'aidant du proctoscope, le cathétérisme du rétrécissement néoplasique; la sonde, introduite directement dans le rectum sans l'aide du proctoscope, butait exactement à 10 centimètres et demi et ne franchissait pas le rétrécissement.

Il semble que la végétation néoplasique soit surtout développée sur la paroi postérieure du rectum. En effet, la sonde pénètre plutôt au contact de la paroi antérieure de cet organe. On introduit par la sonde un lavement de bismuth en amont du rétrécissement pour une épreuve radiographique.

Radiographie. — Sur l'épreuve radiographique, on peut voir l'ampoule rectale avec ses dimensions normales et au-dessus le rectum se continuant avec le côlon pelvien par une filière rétrécie qui présente 1 centimètre et demi de haut. Le côlon au-dessus du rétrécissement ne paraît pas très dilaté. Plus haut le côlon descendant est rectiligne et très étroit.

Opération. — Le 1er décembre 1905. Le malade étant placé en position élevée du bassin, nous incisons la paroi abdominale de l'ombilic au pubis. L'épiploon ne se laisse pas relever parce qu'il est adhérent dans une hernie inguinale droite ; nous l'attirons, le décollons avec l'ongle et finissons par dégager de la hernie une grosse masse épiploïque graisseuse, en voie de transformation scléreuse dans la partie qui répondait au collet de la hernie. Ecrasement de cet épiploon et ligature en deux paquets, puis excision. Fermeture péritonéale de l'anneau inguinale.

Nous pouvons alors examiner l'excavation. La tumeur cancéreuse recto-sigmoidienne soulève la séreuse sous forme d'une bosselure occupant toute sa circonférence et adhérant à la vessie. Comme, en arrière, la tumeur ne paraît pas envahir les parties voisines, nous nous décidons à tenter son ablation.

Après incision en avant de la tumeur sur la face postérieure de la vessie, nous décollons les parties dans une hauteur de deux centimètres et demi environ ; nous tombons alors dans un petit espace libre et avons un instant la crainte d'avoir pénétré dans la vessie ; en réalité, nous arrivions au fond du cul-de-sac recto-vésical, qui était libre d'adhérences.

Section du mésocôlon en arrière de la tumeur, ligature des vaisseaux au catgut. Cette section terminée, nous faisons placer le malade au bout

de la table, avec un coussin sous le sacrum, les cuisses en flexion et abduction. Après avoir fermé l'anus avec une soie faufilée sous la peau de la marge, nous incisons le périnée en avant de l'anus suivant une ligne curviligne convexe en avant, puis encerclons cet anus dans une incision circulaire qui se continue en queue de raquette, suivant une ligne oblique en arrière et à gauche, pour se terminer sur la partie latérale gauche du coccyx.

Celui-ci est mis à nu avec la rugine, puis réséqué. Décollement de toutes les parties situées en avant du sacrum ; une pince est placée sur la sacrée moyenne, qui donne un jet de sang et que nous lions avec un catgut passé avec une aiguille courbe dans les tissus fibreux présacrés.

Décollement en avant de la prostate, puis de la vessie ; nous arrivons au décollement rétro-vésical fait par en haut et nous arrêtons à ce moment.

La section des releveurs, puis des replis fibreux latéro-rectaux nous permet d'abaisser progressivement l'intestin, dont la partie franchement intra-péritonéale est amenée à l'extérieur. Une pince à mors élastiques est placée sur cet intestin, que nous sectionnons.

Deux points le fixent à la face postérieure de la prostate, fermant ainsi la cavité péritonéale ; deux autres points réunissent en avant du rectum ce qui reste des releveurs, chargeant au passage les tuniques de l'intestin et rétrécissant la grande brèche antérieure.

La partie terminale de l'intestin sectionné est elle-même fixée à la peau un peu en avant le la partie postérieure de l'incision.

Un drain est placé dans le décollement présacré, un tube dans le rectum ; enfin, le décollement prérectal est tamponné mollement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — A part une rétention d'urine assez prolongée et une légère ascension du bout intestinal, qui cependant finit par se souder à la peau, la guérison se fait sans incidents.

Suites éloignées. — Aujourd'hui, un an après l'opération, nous vous présentons ce malade dans un état de santé parfait, n'ayant comme ennui qu'une incontinence relative lorsqu'il a de la diarrhée ou lorsqu'il rend des gaz humides qu'il ne peut retenir.

Examen de la pièce. — Au moment de la résection, le segment enlev mesure, étalé, 30 centimètres de longueur. Au niveau de la partie indurée qui répond à la tumeur, existe une lipomatose assez marquée, dont la présence arrive à constituer une tumeur atteignant à peu près le volume d'une mandarine.

L'intestin ouvert, on constate que la section porte à 2 centimètres au-dessus de l'ulcération néoplasique.

Toute la portion d'intestin sous-jacente à l'ulcération est enflammée, présente à sa surface de nombreuses saillies arrondies, ne dépassant pas le volume d'un grain de chènevis. Deux de ces productions se voient au-dessus de la tumeur.

Celle-ci est représentée par une ulcération de la grandeur d'une pièce de 5 francs environ; elle est limitée par un bourrelet saillant par rapport à la muqueuse voisine, plissé et festonné. Le fond de l'ulcéra-

tion est inégal et assez creux à sa partie moyenne. L'ulcération fait presque le tour de l'intestin, ne laissant intacte qu'une étroite bande de muqueuse.

Deux kystes hydatiques du foie opérés et guéris par la suture sans drainage.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade qui a été opérée de trois kystes hydatiques du foie.

La première opération a été faite par notre collègue Thierry, le 1er août 1904. Il a fait, m'a-t-il dit, la marsupialisation. Le résultat est bon bien qu'il reste, comme vous pouvez le voir, au niveau de la cicatrice située sur la ligne blanche, une voussure qui me paraît être due à un léger degré d'éventration.

J'ai opéré les deux autres kystes, le 9 et le 31 octobre de cette année. Je ne crois pas qu'il faille attribuer leur développement à un ensemencement produit lors de la première intervention. Ces deux kystes étaient, en effet, assez volumineux; ils contenaient, l'un plus de 1.500, l'autre plus de 1.700 centimètres cubes. Or, il n'est pas probable que des kystes hydatiques puissent acquérir cette capacité en deux ans.

Les deux kystes pour lesquels la malade est entrée dans mon service de Laënnec siégeaient, l'un à droite, et l'autre à gauche. Ils déformaient considérablement le thorax, et j'avais cru, d'après les signes cliniques, qu'ils étaient tous les deux développés aux dépens de la face supérieure du foie. En réalité, l'un était supérieur et l'autre inférieur.

Malgré une quantité notable d'albumine, l'opération me parut indiquée.

J'ai commencé par le kyste du côté droit, qui déterminait plus de douleurs.

Je l'ai abordé par une incision faite sur le bord externe du muscle droit. Je suis tombé d'abord sur des adhérences laissées par la première opération, et j'ai eu quelque peine à aborder le kyste. Il était situé sous le foie et assez loin en arrière. Il était bilobé, avec une grosse poche qui emplissait la fosse lombaire, et une petite du volume d'une orange, seule accessible par la voie que j'avais suivie. Je ponctionnai celle-ci et retirai 1.500 centimètres cubes d'un liquide d'abord parfaitement clair, mais qui devint ensuite jaunâtre.

Une incision de 5 centimètres environ, faite à la paroi du kyste, me permit d'extirper d'une seule pièce la membrane germinative. J'explorai la cavité et constatai qu'entre les deux poches, il

existait un goulot rétréci. C'est là une disposition rare que je n'ai jamais rencontrée. Elle rendait tout capitonnage impossible. J'asséchai la poche avec des compresses stérilisées, et l'une d'elles revint nettement tachée de bile. Malgré ces conditions défavorables, je suturai complètement l'incision faite au kyste, et réduisis sans drainer.

Tout alla bien pendant onze jours. La réunion était parfaite. Le douzième jour, la température s'éleva à 38°1, puis le lendemain à 38°4. L'état général était bon, mais la malade se plaignait de douleurs abdominales diffuses d'abord, qui se localisèrent ensuite du côté gauche non opéré. Je crus que le kyste restant allait suppurer. L'examen du sang montra qu'il n'y avait pas de polynucléose. Il fallait donc abandonner l'hypothèse d'une suppuration. Et, en effet, le dix-septième jour, la température, qui n'avait pas d'ailleurs dépassé 38°4, tombait à 37°5 et, le vingtième jour, elle était revenue à la normale.

Néanmoins, les douleurs restaient très vives du côté gauche, sans qu'il n'y eût de signes de pleurésie. Aussi, bien que je n'aime pas les chloroformisations rapprochées, surtout chez les malades qui ont des lésions du foie, je me décidai à pratiquer la seconde opération le 31 octobre, vingt-deux jours après la précédente. Elle fut faite en présence du professeur Reverdin.

Je fis l'incision sur le bord externe du muscle droit du côté gauche et tombai directement sur le kyste. La ponction donna issue à 1.700 centimètres cubes de liquide parfaitement clair. J'incisai largement la paroi qui était mince et extirpai la membrane germinative qui ne contenait pas de vésicules filles. L'assèchement de la cavité ayant été complété avec des compresses, je fis le capitonnage par trois points de catgut, puis, avant d'achever la suture de l'incision faite à la paroi kystique, j'aspirai l'air qu'il contenait encore. Permettez-moi, Messieurs, d'insister sur cette manœuvre que je vous ai déjà décrite. Je la crois excellente.

Dans ce cas, en particulier, le foie étant rendu très mobile par l'extirpation des deux kystes, il fut très facile de voir la membrane adventice plissée, aplatie contre la face convexe du lobe gauche et n'ayant plus qu'un volume insignifiant.

La suture de la paroi fut faite sans aucun drainage. Les fils ont été enlevés le dixième jour : la réunion était parfaite.

Vous pouvez constater aujourd'hui que la malade est complètement rétablie, et que la palpation ne révèle rien d'anormal. Le thorax, qui était très déformé, a repris sa forme.

Présentations de pièces

Ostéome du pubis.

M. H. Rieffel. — Je m'excuse de vous présenter en mon nom et au nom de mon préparateur, M. Robinson, une pièce qui semble n'offrir qu'un intérêt anatomique. Si je le fais, c'est d'abord parce qu'elle me paraît assez rare (je n'en ai trouvé aucun exemple au musée Dupuytren, pas plus que dans les grands ouvrages de Cruveilhier, Lebert, Virchow, Lancereaux, etc.), ensuite parce qu'elle est d'une interprétation un peu délicate.

Cette pièce provient d'un homme de trente-cinq ans, terrassier, qui est mort le 20 mai dernier à l'hôpital Tenon, dans le service de mon collègue et ami Parmentier, d'une embolie pulmonaire consécutive à une phlébite de la veine fémorale gauche. Il est possible que la tumeur que je vous présente ait eu une certaine part dans la production de cette phlébite, mais je ne saurais l'affirmer. Ce sujet, d'après les renseignements que j'ai obtenus, n'était ni rhumatisant, ni tuberculeux, ni syphilitique.

Quoi qu'il en soit, son bassin n'avait nullement attiré l'attention. On remarque sur lui un ostéome épineux, implanté par une très large base sur la partie interne de la branche supérieure du pubis droit et sur la région sous-jacente de l'os coxal. Il a une forme irrégulièrement pyramidale, une surface rugueuse, une structure spongieuse. Il est perforé de plusieurs canaux. Son grand axe, oblique en avant et en dehors, est long de 7 centimètres. La dissection a montré que cet ostéome s'était insinué dans les origines des muscles moyen adducteur, pectiné et droit interne, qu'elle avait dissociées. Les téguments étaient soulevés, mais non ulcérés.

Ainsi cette tumeur, un peu semblable à l'ostéome des cavaliers, en impose de suite pour une de ces exostoses apophysaires qui, naissant dans les tendons, se fusionnent ultérieurement avec le squelette. Ce qui corrobore cette manière de voir, ce sont d'une part les pointes qui s'enfoncent dans l'arcade crurale et dans le grand droit de l'abdomen, d'autre part la petite production (*a*), qui, indépendante de l'os, occupe les attaches ischiatiques des muscles cruraux postérieurs.

J'ajoute qu'en aucun point du squelette, nous n'avons rien pu découvrir d'anormal et que cette tumeur ne ressemble en aucune façon aux exostoses ostéogéniques, bien que son siège soit voisin de celui des épiphyses de l'angle et de l'épine du pubis.

On peut supposer, en s'appuyant sur les expériences communiquées par M. Anthony à l'Académie des sciences en 1903, que les

pressions continuelles, les petits traumatismes répétés, ont déterminé la transformation de tissu tendineux en tissu osseux. Malheureusement, les renseignements cliniques manquent, pour confirmer cette hypothèse que je crois la plus probable (pression de la pelle ou d'autres instruments).

Il y a toutefois une objection assez sérieuse. En effet, en regardant le bassin par sa face endo-pelvienne, on note à ce niveau une



hyperostose très marquée, qui couvre en arrière la symphyse pubienne, adhère à la branche ischio-pubienne gauche, soude les deux pubis sur leur face pelvienne, tandis qu'ils sont restés libres en avant. D'autre part, il existe un pont osseux (*b*), qui a réuni la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque droite. A première vue, cela donne l'impression d'un ostéome traumatique. Mais le bassin n'offre aucune trace de fracture. Faut-il accepter que le sujet qui portait cet ostéome a eu un diatasis, une luxation de la symphyse pubienne ou de l'os coxal? Je ne le pense pas, car ces lésions sont exceptionnelles; elles s'accompagnent presque toujours d'une fracture; elles ne se réparent jamais avec la netteté que nous constatons sur notre pièce. Je ne saurais davantage

admettre qu'un traumatisme aurait donné lieu à une ecchondrose symphysaire, ultérieurement ossifiée; d'ailleurs la surface de l'ostéome n'était recouverte d'aucune couche fibro-cartilagineuse.

Je m'en tiens donc à ma première hypothèse, tout en reconnaissant son insuffisance pour expliquer la totalité des lésions. Peut-être l'exercice professionnel a-t-il déterminé non seulement la transformation osseuse du tissu musculo-tendineux, mais provoqué une irritation de l'appareil ligamenteux du bassin, irritation qui se traduit par les productions périostiques du bassin sur sa face endo-pelvienne.

M. Delorme. — A première vue, cette pièce semble présenter des ostéomes analogues à ceux que voyons et opérons chez les cavaliers, mais la constatation d'une tumeur placée à la face interne de la symphyse pubienne et d'une autre correspondant à la symphyse sacro-iliaque ne permet pas de s'arrêter à cette interprétation.

Hydropisie de la vésicule biliaire due à des calculs. Cholécystectomie.

M. Routier. — Messieurs, la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter est une vésicule biliaire considérablement distendue comme vous pouvez le voir par un liquide transparent, et dans le fond de laquelle on aperçoit quatre ou cinq calculs qu'on fait flotter dans le liquide.

Cette vésicule mesure 10 centimètres de long sur 5 de diamètre, elle est remarquable par la minceur et l'état normal de ses parois. Je l'ai enlevée à une dame âgée de soixante-quatre ans.

L'histoire clinique est très intéressante :

Il y a quarante et un an, après deux grossesses successives, cette dame eût des troubles hépatiques, elle consulta Gendrin qui fit le diagnostic d'engorgement de la vésicule et du foie.

Un régime spécial fut suivi, et depuis lors, elle s'était parfaitement portée.

Le 20 mai, subitement, elle se sentit mal à l'aise, perdit l'appétit, qu'elle n'a plus recouvré.

En juin, elle consulta mon collègue et ami Chauffard qui constata l'existence d'une grosse vésicule sans autres symptômes bien marquants.

Malgré les diverses médications suivies, cet état d'anorexie empirait ; le dégoût de la viande en particulier était complet.

La malade avait maigri de 3 kil. 500 depuis le mois de juillet quand mon ami Chauffard et le Dr Pissavy me prièrent de la voir il y a une dizaine de jours. Comme eux, je constatai cette énorme vésicule qu'on sentait à la palpation ; un point douloureux spécial siégeant au col de la vésicule et réveillé seulement par la pression avait été bien déterminé par Chauffard qui me le fit constater, de sorte que nous localisions le mal au col de cette vésicule, sans oser nous prononcer sur sa nature.

L'état relativement satisfaisant de la malade m'encouragea à proposer une laparotomie, au cours dè laquelle je ferais le possible.

L'intervention a été très heureuse, car j'ai pu sentir tout de suite des duretés au col de la vésicule, duretés que j'ai déplacées et refoulées par la pression dans la vésicule.

Le canal cystique, le cholédoque, les hépatiques, le hile du foie, l'hiatus de Winslow, la tête du pancréas, l'estomac ont été successivement explorés ; tout était normal.

Voilà donc un cas type d'hydropisie de la vésicule biliaire consécutif à du calcul.

La malade, opérée il y a quinze jours, va très bien.

M. Hartmann. — Je ne crois pas qu'on puisse, avec M. Routier, considérer ce cas comme étant en opposition avec la loi Courvoisier-Terrier. La dilatation de la vésicule ne fait penser à un néoplasme du pancréas que lorsqu'elle s'accompagne d'ictère. Ici, il n'y avait pas d'ictère. Ce cas correspond à ce qu'on a décrit sous le nom de mucocèle de la vésicule. J'ai eu l'occasion d'en opérer plusieurs. Toujours, il s'agissait de malades ayant eu antérieurement des coliques hépatiques sans ictère et qui, à un moment donné, avaient vu apparaître une tumeur sous-hépatique avec sensibilité de la région comme dans le fait de M. Routier ; les vésicules que j'ai enlevées ne présentaient pas d'adhérences.

Fibro-sarcome kystique de l'utérus ayant l'aspect d'un kyste utérin.

M. Mauclaire. — Deux pièces de kystes utérins ont déjà été présentées ici récemment par MM. Auvray et Ch. Monod. Certes, l'existence des kystes utérins n'est pas douteuse et, pour s'en convaincre, il suffit de se reporter à la thèse récente de Mercadé. Toutefois, dans certains cas, ce que l'on prend pour un kyste utérin, n'est qu'un fibro-sarcome kystique. En voici un exemple :

La malade, âgée de quarante-neuf ans, avait de nombreuses pertes sanguines utérines depuis huit ans. A son entrée à l'hôpital A. Dubois (en avril dernier), on trouve une masse abdominale présentant les symptômes d'un kyste ovarien et remontant jusqu'à l'épigastre avec ascite légère. A l'ouverture de l'abdomen, on voit que la tumeur fait partie de l'utérus lui-même et s'est développée aux dépens du fond de l'organe. L'évacuation de la poche kystique donne issue à 5 à 6 litres d'un liquide brunâtre contenant beaucoup de grumeaux. Croyant avoir affaire à un simple fibrome kystique, je fis l'amputation de l'utérus au-dessous de la tumeur. D'ailleurs, la malade n'aurait pas pu supporter l'hystérectomie totale. Elle resta cachectique et, trois semaines après l'opération, survint une hémorragie de la portion de l'utérus laissée en place. Cette femme voulut quitter l'hôpital; elle a dû succomber depuis, assez rapidement.

Voici la pièce : C'est une tumeur kystique énorme, pesant cinq kilos et revenue un peu sur elle-même; la paroi est épaisse de 3 à 4 centimètres et indurée; la surface interne est irrégulière et contient des débris adhérents splacelés. L'épaisseur de la paroi est la même en tous points. La cavité utérine est restée dans l'épaisseur de la paroi du segment utérin laissé en place.

Examen histologique, dû à l'obligeance de M. Piquand.

Sur une coupe comprenant toute l'épaisseur de la paroi du kyste, on constate que cette paroi est formée de trois zones assez bien distinctes :

1° *La zone externe*, tapissée en dehors par un revêtement endothélial, est formée, exclusivement, par de longues bandes de tissu conjonctif, disposées parallèlement, et laissant entre elles des sortes de lacunes allongées, plus ou moins étendues, dépourvues de tout revêtement. Quelques-unes de ces lacunes sont remplies de globules sanguins.

2° *La zone moyenne*, plus étendue que la précédente, représente plus de la moitié de l'épaisseur de la paroi; elle est formée essentiellement par du tissu fibreux entremêlé de fibres musculaires lisses, présentant l'aspect habituel du tissu fibro-myomateux.

A la partie interne de cette zone, on voit de *nombreuses cellules arrondies qui infiltrent le tissu fibromateux;* ces cellules sont peu volumineuses, constituées par un noyau à peine entouré de protoplasme. Le plus souvent elles paraissent disséminées sans ordre au milieu des éléments fibro-musculaires; en quelques points cependant, elles apparaissent de préférence autour des petits vaisseaux auxquels elles forment des sortes de manchons plus ou moins épais et très irréguliers. En aucun point on ne trouve des formes de transition entre ces cellules et les fibres musculaires lisses. Toute cette zone renferme de nombreux vaisseaux, les uns adultes, les autres plus nombreux réduits à une lacune tapissée par un simple revêtement endothélial.

3° *La zone interne*, d'épaisseur variable suivant le point considéré, représente en moyenne un quart de l'épaisseur totale de la paroi. Cette zone est formée essentiellement par des cellules de formes variées, arrondies, allongées ou en forme d'étoiles; en certains points, ces cellules sont extrêmement nombreuses, littéralement tassées les unes contre les autres; en d'autres points, elles sont au contraire assez éloignées, séparées, soit par du tissu conjonctif, soit par une sorte de réticulum fibrineux qui emprisonne les éléments néoplasiques dans ses mailles et donne aux coupes l'aspect ordinaire du *lympho-sarcome*.

Le protoplasme des cellules néoplasiques est peu abondant et peu colorable par les réactifs; au contraire, les noyaux sont très bien colorés et paraissent en voie de multiplication très active dans la partie externe de la zone; dans la partie interne, ils se colorent moins bien et paraissent en certains points en voie de destruction.

Le tissu intercellulaire est très richement vascularisé; en de nombreux endroits, il paraît fortement œdématié et présente de nombreuses cavités sans paroi propre qui paraissent dues à la dissociation œdémateuse.

En aucun point la surface interne du kyste ne présente de traces d'un revêtement épithélial ou endothélial; la membrane d'aspect muqueux, que l'on constate à l'examen macroscopique, est formée uniquement par condensation des cellules de la couche interne.

En somme, il s'agit donc d'un fibrome utérin ayant ultérieurement subi la dégénérescence sarcomateuse et kystique, et développé aux dépens du fond de l'utérus.

Le Secrétaire annuel,

H. Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1906

Présidence de M. Segond.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. Quénu dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Brin, intitulé : *Un cas de cæcosigmoïdectomie.*

Ce travail est renvoyé à une Commission dont M. Quénu est nommé rapporteur.

M. Faure apporte un travail de A. Venot, intitulé : *Tumeur primitive du pneumogastrique. Résection du pneumogastrique. Guérison.*

Renvoyé à une Commission : M. Faure, rapporteur.

M. Bazy dépose : 1° Un travail de M. Jeanbrau, intitulé : *Cancer du rein*, etc. — 2° Une observation de M. Jeanbrau, intitulée : *Fistule urétéro-vaginale.*

M. Bazy, rapporteur.

M. Kirmisson nous donne: 1° Une observation de M. Moure, intitulée : *Un sou enclavé à l'entrée de l'œsophage chez un enfant de quatre ans*, etc.

2° Une observation de M. d'Œlsnitz intitulée : *Appendicite chez un enfant de vingt-huit mois. Péritonite généralisée.*

3° Une observation de MM. Bougon et Derocque, intitulée : *Fissure médiane de la face*, etc.

Ces observations sont renvoyées à une Commission dont M. Kirmisson est nommé rapporteur.

M. Pozzi apporte une observation de M. Barnsby (de Tours), intitulée : *Pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéoscrotal.*

M. Pozzi, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Apropos de la tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urètre.

M. Henri Hartmann. — En lisant notre dernier bulletin, je vois que notre collègue Delbet m'attribue une opinion que je n'ai pas émise, celle que les rétrécissements tuberculeux de l'urètre n'avaient jamais été signalés antérieurement. J'ai observé, comme la plupart d'entre nous, un certain nombre de cas analogues à ceux qui font l'objet de la thèse de Perge (Lyon, 1902) ; il s'agit là de lésions tuberculeuses manifestes, connues, et dont je n'ai pas parlé. Je vous ai entretenu d'une forme spéciale de tuberculose dont je n'avais jamais observé d'exemple ou que, jusqu'ici, j'avais laissé passer sans en reconnaître la nature exacte, les lésions ne faisant, en pareils cas, nullement penser à la tuberculose si l'on n'est pas prévenu.

Il faut croire que mon exposé a manqué de clarté pour que notre collègue Delbet ait confondu des cas aussi différents.

Je n'ai eu en vue que la tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urètre féminin, aussi différente des lésions tuberculeuses banales que le rétrécissement dit syphilitique, en réalité souvent tuberculeux, l'est des ulcérations tuberculeuses et des abcès bacillaires du rectum.

Je crois donc utile de spécifier de nouveau que, chez ma malade, il n'y avait pas d'ulcération tuberculeuse, pas de cicatrice urétrale, pas de diminution de la lumière due à la saillie dans le canal d'une masse tuberculeuse, rien en un mot qui rap-

pelât les lésions habituelles de la tuberculose. Histologiquement, les lésions étaient de même différentes ; il ne s'agissait pas de lésions tuberculeuses banales, mais de lésions se rapprochant plutôt de certaines formes de lupus. Si notre collègue Delbet a connaissance de faits de cette nature, je crois qu'il serait intéressant de les produire à cette tribune, de manière à édifier l'histoire de cette forme de tuberculose hypertrophique qui doit être généralement méconnue, et sur laquelle il y a lieu d'attirer l'attention.

Discussion sur les fractures des malléoles.

M. Berger. — Il faut limiter exactement le sujet de la discussion : il ne s'agit ici que des déformations tardives qui se produisent dans les fractures du cou-de-pied qui avaient d'abord paru consolidées en bonne forme. Ces fractures elle-mêmes appartiennent à deux variétés tout à fait distinctes : les fractures bi-malléolaires et la fracture de Dupuytren.

1° Pour ce qui est des fractures bi-malléolaires, on sait que par elle-mêmes elles ne s'accompagnent que de peu de déplacement; un peu d'élargissement de la mortaise dans les cas les plus mauvais, et c'est tout... Les déplacements tardifs ne peuvent guère non plus dépasser ce degré de déformation dans la majorité des cas. Il en est un autre cependant que j'ai observé dans un cas au moins : un sujet, atteint de fracture bi-malléolaire, avait été traité par moi avec le plus grand soin; je l'avais vu sortir de l'appareil plâtré sans déformation appréciable. Quelque temps après je le revis marchant très mal. La cause de cette impotence était une déviation du pied en arrière, telle que celle que l'on observe dans la fracture de Dupuytren, mais sans déviation latérale.

Le résultat de ce déplacement, de cette chute du pied en arrière, caractérisée par la saillie exagérée du talon, par le raccourcissement de la face dorsale du pied, par le bourrelet dessiné sous les tendons extenseurs en avant de l'interligne tibio-tarsien par le bord antérieur du plateau tibial, est que la poulie astragalienne ne correspond plus au plateau tibial lui-même mais au bord postérieur de ce plateau; le tibia repose donc sur la convexité astragalienne par un bord analogue au couteau d'une balance; dant cet état d'équilibre instable, il faut que la contraction des muscles de la jambe intervienne sans cesse pour fixer le membre et pour empêcher la chute en avant ou en arrière; d'où fatigue,

d'où contracture, d'où dégénération et impotence des muscles en question, sans parler de la douleur articulaire produite par la pression excessive et anormale de surfaces articulaires non homologues.

Dans ces conditions, plus la déviation est ancienne, plus l'impotence augmente, plus les fonctions sont compromises. On conçoit qu'une fracture bi-malléolaire, bien consolidée d'abord en apparence, puisse présenter tardivement ce mode de déplacements, les fragments malléolaires insuffisamment consolidés ne pouvant s'opposer à l'action des muscles postérieurs puissants qui attirent le pied et, particulièrement le talon en arrière, dès les premiers essais de marche. Il y a donc là un danger à craindre et à prévenir par une observation minutieuse et prolongée des suites de la fracture.

2° Pour la fracture de Dupuytren, la question est plus complexe. Permettez-moi d'abord de modifier la classification des déformations consécutives aux fractures indiquées par MM. Chaput et Delbet et, au point de vue du temps où ces déformations se produisent, de distinguer trois degrés :

Le premier est la consolidation vicieuse avec déformation due à la persistance primitive du déplacement qui n'a jamais été réduit ;

Le second résulte de la reproduction du déplacement qui avait été réduit, dans les appareils eux-mêmes où l'on cherche à en obtenir la contention : ce sont les déformations secondaires.

Dans le troisième degré, le déplacement a été réduit, la réduction maintenue par les appareils, la consolidation s'est faite en bonne forme et c'est ultérieurement, dans les essais de marche, que l'on voit ce déplacement se reproduire ; c'est ce mode de déplacement qui entraîne les vices de consolidation d'apparition tardive.

Le second mode de consolidation vicieuse est de beaucoup le plus fréquent dans la fracture de Dupuytren ; j'allais dire qu'il est presque la règle. Comme tous les chirurgiens, j'ai éprouvé des échecs et eu des consolidations défectueuses dans ce genre de fractures. Ils ont été dus à la tendance invincible que le déplacement présente à se reproduire sous les appareils les mieux faits. Le plâtre le mieux appliqué ne peut être assez rapidement consolidé pour s'opposer à la déviation des fragments, et si même le membre était contenu dans la fixité la plus absolue par les mains des aides pendant le temps nécessaire à la consolidation complète et au durcissement absolu des attelles plâtrées, le déplacement ne tendrait pas moins à se reproduire, les fragments osseux faisant céder sous leur pression lente et prolongée les parties molles.

La contention complète d'une fracture de Dupuytren par un appareil inamovible, aussitôt appliqué après une réduction primitive de la fracture, même sous le chloroforme, est un leurre. Aussi, y ai-je depuis longtemps renoncé. Je n'applique plus le plâtre qu'au bout de plusieurs jours, six à douze jours, après que des séances quotidiennes ou renouvelées tous les deux jours de réduction, suivies de l'application d'un appareil de Scultet, modifié spécialement à cet effet, ont rendu de moins en moins marquée la tendance au redéplacement et la contention de plus en plus parfaite. Mais, dans ces conditions elles-mêmes, il est encore possible, sous l'action prolongée des muscles et des tendons, de voir les fragments et les surfaces articulaires glisser et d'observer quand même, au moment où on enlève l'appareil plâtré, que la conformation du membre n'est pas absolument irréprochable.

Comme il est très facile de se faire illusion sur ces résultats, au moment où on sort du plâtre un membre encore œdématié, engorgé, dont les saillies osseuses disparaissent au milieu de l'épaississement des parties molles, j'ai pensé et je pense encore que ces déplacements que l'on croit tardifs, et qui s'observent après une consolidation d'abord considérée comme régulière, ne sont le plus souvent que des déplacements secondaires inobservés, survenus pendant que le membre était encore immobilisé dans les appareils et méconnus du chirurgien, reconnus plus tard lorsque l'imperfection des fonctions attire sur eux l'attention du blessé.

Il n'en est pas toujours ainsi : le fait publié dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu par M. Delbet, et que je connais depuis bien longtemps, rigoureusement observé et relaté par un chirurgien de cette valeur, doit être considéré comme probant. Je suis d'avis qu'il peut se produire dans les fractures du cou-de-pied et, en particulier, dans la fracture de Dupuytren, des vices de consolidation caractérisés par un retour du déplacement osseux et articulaire, survenant un certain temps après que l'on avait cru constater une consolidation en bonne forme. Mais je suis aussi convaincu que pour noter ces observations comme certaines, il ne faut pas s'en remettre à un souvenir. Pour affirmer qu'un déplacement tardif s'est produit et a fait dévier une consolidation qui paraissait régulière, il faut que le chirurgien lui-même ait contrôlé par écrit, après examen et mensuration précise, l'état du membre au moment où on a levé l'appareil.

Ces vices de consolidation tardifs dus aux déplacements des fragments, survenant un temps plus ou moins long après la consolidation, ne sont pas un fait particulier aux fractures des chevilles. On les observe aussi et plus encore dans les fractures obliques de la jambe et dans les fractures du fémur; j'en ai recueilli de nom-

breux exemples que je suis en train de publier; il sont dus à ce que le membre *consolidé* n'est pas encore *solide* et à ce qu'il cède sous le poids du corps. Pour éviter d'aussi déplorables échecs, qui font échouer au port un traitement dont on se promettait le meilleur résultat, il faut se souvenir que l'attention, le soin, la vigilance du chirurgien ne doivent se relâcher à aucun moment du traitement de la fracture et de ses suites, et que sa surveillance doit se prolonger bien au delà du terme où, suivant les données classiques, la consolidation de la fracture semblait un fait accompli.

M. Demoulin. — Notre collègue Chaput nous a fait, dans la séance du 14 novembre dernier, une intéressante communication, appuyée sur des radiographies, intitulée : « Pronostic des fractures bi-malléolaires ». Il a dit quelques mots sur les fractures supra-malléolaires, sur les fractures marginales, mais il s'est surtout occupé de la fracture de Dupuytren. C'est de quelques points de l'histoire, de l'anatomie pathologique et du traitement de la fracture de Dupuytren, que je désire vous entretenir aujourd'hui. — J'ai tenu, avant de prendre la parole, à lire le mémoire de Dupuytren présenté à l'Académie des sciences en 1803, reproduit dans la seconde édition des leçons orales de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, recueillies par Brière de Boismont et Marx (1839), afin de savoir si l'illustre chirurgien avait décrit les lésions complexes qui accompagnent la dislocation de la mortaise tibiotarsienne, lésions auxquelles il n'est fait que de courtes allusions, dans les traités modernes de pathologie externe.

Le mémoire de Dupuytren est intitulé : « Fractures de l'extrémité inférieure du péroné, des luxations et des accidents qui en sont la suite ».

Après avoir montré que la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, c'est-à-dire celle qui siège à moins de trois pouces au-dessus du sommet de la malléole externe, fracture presque toujours de cause indirecte, a une physionomie spéciale, Dupuytren insiste sur ce fait que, si elle peut résulter d'un mouvement forcé d'adduction du pied, elle reconnaît le plus souvent pour cause un mouvement d'abduction, qu'elle s'accompagne très fréquemment dans les deux cas, mais surtout dans le dernier, d'une lésion de la partie interne de la mortaise tibio-tarsienne, lésion secondaire dans le cas de fracture par adduction (le blessé ayant voulu marcher, et arrachant secondairement la partie interne de la mortaise tibio-tarsienne), primitive dans le cas de fracture par abduction. Il admet que dans cette dernière, la malléole interne est le plus souvent arrachée à sa base, aussi les chirurgiens qui l'ont

suivi ont-ils nommé la fracture de Dupuytren, fracture bi-malléolaire par abduction ; ce terme n'est pas tout à fait exact, car l'illustre chirurgien prend bien soin de faire remarquer que la rupture des ligaments latéraux internes de l'articulation tibio-tarsienne, que l'arrachement par ces derniers ligaments du sommet de la malléole interne, peuvent donner lieu, au même titre que la fracture de la malléole interne à sa base, au syndrome clinique qu'il a surtout étudié, et dont il donne la description suivante :

« Des inégalités, une mobilité et une crépitation contre nature à la partie inférieure du péroné, le déplacement des fragments, la mobilité du pied en travers, le changement dans le point d'incidence du poids du corps, le déplacement du pied en dehors, un mouvement de rotation sur son axe, l'augmentation de la largeur de l'espace compris entre les malléoles, la saillie du tibia sous la peau, l'angle obtus et rentrant situé en bas du péroné (coup de hache), la disparition et le retour subit de tous ces symptômes, suivant que le pied est ramené à sa direction ou bien abandonné à lui-même. » (*Cliniques*, 2e édition, 1839, page 234.)

Bien que, comme je l'ai dit, Dupuytren admette que tous ces symptômes peuvent exister par simple rupture des ligaments latéraux internes de l'articulation tibio-tarsienne ou par arrachement du sommet de la malléole interne, il n'en est pas moins vrai qu'il admet que la lésion la plus fréquente, dans la fracture par abduction de l'extrémité inférieure du péroné, lésion primitive, est l'arrachement de la malléole interne à sa base, et il insiste alors sur la déchirure de la peau qui l'accompagne quelquefois et ne permet pas de la méconnaître ; que si cette déchirure n'existe pas, la fracture se traduit par une rainure transversale sur la face interne du tibia, accompagnée d'un écartement plus ou moins grand à la hauteur de la malléole interne, malléole qui peut être saisie, à laquelle on peut imprimer des mouvements d'avant en arrière, auxquels le tibia ne participe pas, malléole qui suit les mouvements du pied.

Il est à remarquer que dans toute la première partie de son mémoire, Dupuytren ne prononce pas le mot de luxation du pied, il ne se sert que des expressions : déplacement du pied en dehors, qui se combine à une rotation du pied sur son axe, mouvement qui se produit de dedans en dehors et de bas en haut, d'où l'inclinaison en dedans de la tête de l'astragale, d'où l'abaissement du bord interne du pied, l'inclinaison de sa plante en dehors, l'élévation de son bord interne.

La fracture de Dupuytren, telle que je viens de la décrire d'après Dupuytren lui-même, est en somme ce qu'on peut appeler l'espèce

simple, elle rentre dans la première classe établie, ici, par M. Schwartz (séance du 21 novembre 1906), « Des fractures bimalléolaires sans ou avec très peu de déplacement et abduction. »

Cette fracture est pour moi d'un pronostic favorable ; il est possible qu'elle puisse s'accompagner, si le blessé marche trop tôt, d'une déviation secondaire du pied, par affaissement du cal, mais je ne l'ai jusqu'alors jamais observée.

Je vous soumets trois radiographies de malades, actuellement dans mon service, et qui présentent ce type simple de la fracture de Dupuytren.

Dupuytren fait suivre la description de ce type simple d'un chapitre intitulé « Espèces et variétés, complications de la fracture du péroné».

S'il est vrai que, hanté par le titre de son mémoire, il décrive comme complication de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, la rupture des ligaments latéraux internes de l'articulation tibio-tarsienne, l'arrachement du sommet de la malléole interne et la fracture de cette malléole à sa base, il n'en est pas moins certain qu'il a admis, dans le chapitre précédent, ces lésions comme indispensables à la production du type clinique auquel son nom reste attaché ; il y a donc là une légère contradiction. Mais dans ce même chapitre, intitulé « Espèces et variétés, complications de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné», il décrit minutieusement le déplacement du pied en arrière, son déplacement en dehors (valgus) qu'il dit ne pouvoir se produire que par la *luxation* en dedans de l'astragale, terme qu'il emploie pour la première fois, et il insiste enfin sur une complication qui paraît le préoccuper beaucoup, c'est la *fracture de l'extrémité inférieure du tibia.*

Voici ce qu'il dit à ce sujet : « Au lieu des ligaments latéraux internes et de la malléole interne, c'est quelquefois l'extrémité inférieure du tibia qu'on trouve fracturée. Cette solution de continuité a presque toujours lieu, par suite de celle du péroné et par l'effet des causes qui ont déterminé cette dernière, par exemple lorsque, le péroné ayant été fracturé par un mouvement violent d'abduction, l'effort se continue sur le tibia et que l'extrémité inférieure de ce dernier os trouve un point d'appui sur le sol ; alors au lieu d'agir sur les ligaments et la malléole interne, la puissance se porte tout entière sur le tibia, qui se fracture à peu de distance de son extrémité inférieure. Quelquefois la fracture du tibia précède celle du péroné, et, au lieu d'en être l'effet, elle en devient la cause ; c'est ce qui a lieu lorsque, la jambe ayant perdu sa solidité par la fracture du tibia, les malades veulent encore prendre un point d'appui sur le pied. Si ce dernier vient à être porté en

dehors, ce qui arrive fréquemment, l'extrémité inférieure du péroné se brise d'autant plus facilement que la fracture du tibia a détruit les obstacles qui, du côté interne de l'articulation, s'opposaient à ce mouvement et qu'elle a réduit, au seul péroné, toute la résistance de la jambe.

Cette fracture est presque toujours oblique et accompagnée de déplacement du pied. L'obliquité dépend de la nature de la cause et du sens dans lequel elle a agi. Cette obliquité peut avoir lieu de dedans en dehors, d'avant en arrière, etc., circonstances qui permettent seules de concevoir la diversité des déplacements du pied dans la même fracture ; c'est ainsi que nous avons vu le pied porté, tantôt en arrière, tantôt en dedans ou même en dehors, mais bien plus souvent en arrière, ce qui tient à l'obliquité de la fracture du tibia, d'avant en arrière, et à la prédominance incontestable des extenseurs du pied sur tous les autres muscles de cette partie. »

Cette fracture de l'extrémité inférieure du tibia, décrite par Dupuytren, me semble devoir être rapprochée de la fracture désignée par Tillaux en 1872, sous le nom de fracture bi-malléolaire par adduction. Dans l'un et l'autre cas, il y a séparation de la diaphyse du tibia avec tout ou partie de son épiphyse inférieure. Mais ce que Dupuytren attribue à une cause directe (résistance du sol), ou à l'abduction du pied, consécutive à la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, Tillaux l'explique par l'arrachement du plateau tibial, par les ligaments tibio-péroniers, dans un mouvement d'adduction forcée du pied.

Si j'ai insisté sur cette fracture de l'extrémité inférieure du tibia, complication de la fracture du péroné, c'est qu'elle n'est pas signalée comme telle dans les auteurs classiques, à propos de la fracture de Dupuytren, et que je suis certain de l'avoir reconnue chez deux malades que j'ai eus à expertiser pour des accidents du travail. Ils présentaient tous les signes classiques d'une fracture bi-malléolaire vicieusement consolidée. J'ai été frappé dans ces deux cas, par l'hyperostose énorme de l'extrémité inférieure du tibia, remontant à quatre centimètres environ au-dessus de l'interligne tibio-tarsien. Les radiographies montraient, dans les deux cas, un bloc osseux considérable comblant l'espace interosseux, bloc dont la face inférieure articulaire était inclinée de dedans en dehors et de bas en haut et où il n'était plus possible de distinguer la malléole interne confondue avec lui.

J'ai souvent été frappé aussi, dans l'examen de fractures anciennes de Dupuytren bien consolidées de ce fait, que la raideur de l'articulation tibio-tarsienne était très modérée, tandis que les mouvements d'abduction et d'adduction du pied provoqués,

et surtout volontaires, étaient à peu près complétement abolis.

Notre collègue Tuffier rappelait dans la séance du 14 novembre, que c'est dans les articulations calcanéo-astragalienne et médio-tarsienne que le varus s'exécute; le valgus aussi ; or ce sont ces deux attitudes que prend le pied, la seconde plus fréquemment que la première, lorsque la fracture de Dupuytren se produit. Il est bien évident que puisqu'il s'agit de mouvements forcés du pied, les articulations que je viens de nommer, la première surtout, sont fortement entorsées et il est logique d'admettre que ces entorses sont, dans quelques cas tout au moins, suivies d'une arthrite traumatique, qui mieux que l'immobilisation prolongée, explique la raideur de ces articulations, raideur qui gêne considérablement les blessés dans la marche sur un sol inégal.

Il y aurait beaucoup de choses à dire sur les lésions du tarse, en particulier sur les fractures de l'astragale, rares, d'ailleurs, qui accompagnent les fractures bi-malléolaires; mais je n'ai pu me procurer, pour aujourd'hui, les documents qui se rapportent à cette question. Je la laisserai donc de côté.

Un mot encore au point de vue de l'anatomie pathologique de la fracture de Dupuytren.

M. Quénu a présenté ici, il y a quelques jours, des radiographies qui lui appartiennent en propre et dont d'autres lui ont été confiées par M. Souligoux, radiographies représentant la fracture du péroné par diastase, décrite par Maisonneuve, fracture un peu oubliée de nos jours. Je n'ai pas à m'en occuper ici, mais je veux rappeler que le diastasis de l'articulation tibio-péronière inférieure, souvent minime dans la fracture de Dupuytren, y est quelquefois considérable, si prononcé même, que le bord externe de la poulie astragalienne et parfois sa surface entière, se logent dans l'écartement du péroné et du tibia, l'extrémité inférieure du fragment inférieur du péroné étant fortement repoussé en dehors et en arrière, tandis que son extrémité supérieure bascule en avant et en dedans. Le déplacement du pied est dans ce cas souvent irréductible, quoi qu'on fasse. Mon regretté maître, M. Polaillon, a rapporté un cas de ce genre, dans la séance du 7 juillet 1880 de la Société de chirurgie, cas qui a d'autant plus de valeur que le blessé atteint de plaie articulaire ayant succombé à des accidents septiques, la vérification anatomique a pu être faite.

Je vous présente une radiographie qui montre bien cette disposition. Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, actuellement dans mon service de Tenon. Le pied était luxé en arrière et en dehors, en varus et dans une légère extension. Je n'ai pu, sans sommeil, que corriger légèrement la luxation du pied en arrière; ce n'est que sous l'anesthésie chloroformique, que je suis arrivé à

une réduction que, je crois, complète, mais qui n'a eu lieu qu'après plusieurs tentatives de redressement.

Je n'ai plus qu'un mot à dire et c'est au sujet du traitement des fractures de Dupuytren vicieusement consolidées.

Dans la séance du 4 juillet 1906, une courte discussion s'est engagée à propos d'une observation de notre collègue Chaput, intitulée : « Fracture de jambe supra-malléolaire mal consolidée. Résection diaphysaire supra-articulaire du tibia et du péroné. Guérison parfaite avec conservation des mouvements » une courte discussion, dis-je, s'est engagée sur la valeur de l'ostéotomie et de la résection tibio-tarsienne, appliquées au traitement des fractures de Dupuytren vicieusement consolidées.

M. Quénu a dit : « J'ai eu à traiter un certain nombre de ces fractures; l'ostéotomie n'est pas toujours suffisante pour amener une correction parfaite. » M. Kirmisson, de son côté, a fait remarquer qu'il y avait une distinction importante à faire au sujet des fractures sus-malléolaires et des fractures de Dupuytren. Quand il s'agit d'une fracture sus-malléolaire, l'ostéotomie simple ou cunéiforme peut suffire. Quand l'articulation est intéressée, comme dans la fracture de Dupuytren, il faut, de toute nécessité, recourir à la résection de l'articulation.

Je ne puis partager l'opinion de mon maître M. Kirmisson.

Dans la fracture de Dupuytren, les deux opérations sont de mise, elles ont chacune leurs indications spéciales.

Je pense que, quand il s'agit d'une fracture consolidée avec un certain degré de valgus, mais avec une mobilité satisfaisante de l'articulation tibio-tarsienne, il faut commencer par l'ostéotomie du péroné qui suffit quelquefois à elle seule, pour corriger le valgus, et si le résultat cherché n'a pas été obtenu, pratiquer alors l'ostéotomie cunéiforme du cal tibial. J'ai vu et j'ai eu des corrections irréprochables par l'ostéotomie.

Que si on doit remédier, non seulement au valgus, mais encore à une luxation du pied en arrière ; que si on a affaire en même temps qu'à la déviation du pied à une ankylose plus ou moins serrée et en position vicieuse de l'articulation tibio-tarsienne, à des lésions de l'astragale, l'ostéotomie supra-malléolaire ne sert à rien, et la résection tibiotarsienne doit lui être alors substituée.

M. E. Kirmisson. — Il faut bien l'avouer, la chirurgie viscérale et ses beaux succès ont, à un moment donné, trop détourné l'attention des chirurgiens du traitement des fractures. Ils y ont été brusquement ramenés par l'apparition de la radiographie. Mais alors on est allé d'un extrême à l'autre. Oubliant que la radiographie ne nous fournit pas des images vraies, mais seule-

ment des ombres projetées, on en a conclu à l'insuffisance de nos moyens actuels dans le traitement des fractures, à l'absence de guérison vraie dans l'immense majorité des cas, comme si une légère imperfection dans l'adaptation des fragments avait une importance absolue, comme si la guérison ne dépendait pas surtout de la bonne nutrition des muscles et de l'intégrité des articulations.

Toutefois, ce serait une singulière erreur que de croire que la guérison des fractures soit toujours une chose assurée. Pour se convaincre du contraire, il suffit de considérer le nombre des malades qui, présentant une consolidation vicieuse, incapables de travailler, viennent tous les mercredis à la consultation orthopédique de l'Hôtel-Dieu réclamer les chaussures ou les appareils orthopédiques dont ils ont besoin.

En nous limitant aux seules fractures de jambe, les notes que nous possédons sont relatives à cinquante et un malades.

Dix fois il s'est agi de fractures compliquées. Dans un cas, le raccourcissement atteint 6 centimètres, trois fois le pied est dévié en valgus, une fois en varus; dans deux cas, il y a équinisme; chez un des malades, il y a ankylose tibio-tarsienne avec chute de tous les orteils, et impossibilité pour le malade de leur imprimer aucun mouvement d'extension. Dans un cas enfin, il y a pseudarthrose.

Mais il serait oiseux d'insister sur l'imperfection des résultats dans cet ordre de fractures: il est bien évident qu'ici l'existence de la plaie aggrave singulièrement le pronostic et entrave l'action du chirurgien.

Aussi est-il beaucoup plus intéressant d'étudier, au point de vue des résultats ultérieurs, les fractures fermées. Celles-ci, dans notre statistique, sont au nombre de 22.

Etudiées au point de vue du raccourcissement, elles ont fourni les résultats suivants : Une fois le raccourcissement atteignait 2 centimètres, trois fois 3 centimètres, deux fois 5 centimètres; enfin, dans un cas, il montait à 8 centimètres, dans un autre à 12 centimètres.

Six fois il existe une déviation de la jambe à convexité externe, et le pied est dévié en varus.

Trois fois la déviation du pied s'est produite en valgus; dans un cas, la déviation du pied à convexité interne s'accompagne d'équinisme.

Trois fois, il y a ankylose du pied; chez un des malades, l'ankylose tibio-tarsienne s'accompagne d'une incurvation de la jambe à convexité antérieure dans le sens du genu recurvatum, avec orteils en griffes; chez un autre, l'ankylose tibio-tarsienne coïncide

avec une hyperostose énorme des ulcérations trophiques des orteils et de l'équinisme. La rétraction en griffe des orteils se rencontre encore chez un autre malade. Dans un cas, il y a pseudarthrose.

Enfin, chez une femme de cinquante-six ans dont la fracture s'est produite à l'âge de cinquante ans, il existe une énorme déviation angulaire de la jambe à sommet antérieur, telle qu'on la rencontre dans les fractures intra-utérines du tibia; la malade ne peut marcher qu'avec un appareil.

Les fractures sus-malléolaires sont au nombre de quatre.

Trois fois, il y a consolidation vicieuse; une fois léger équinisme.

Chez une quatrième malade, femme de soixante-dix ans, il existe un gonflement osseux considérable, avec douleurs, véritable ostéite du cal.

Nos observations relatives aux fractures de Dupuytren sont au nombre de quinze. Chez douze de ces malades, le pied est déjeté plus ou moins complètement en dehors, en valgus, avec saillie anormale de la malléole interne. Chez un des malades, le pied est reporté en arrière et en dehors, le talon est saillant, l'avant-pied raccourci, les orteils sont rètractés en griffes. Chez deux des malades, il existe une ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne.

Trois fois, on est intervenu pour parer aux inconvénients de la déviation du pied en dehors. Dans deux cas, on a eu recours à la résection tibio-tarsienne; le résultat est excellent, le pied est bien à angle droit sur la jambe. Dans le troisième cas, on a pratiqué l'ostéotomie au niveau de la fracture, le résultat est mauvais, la déviation s'est reproduite, et le malade continue à souffrir.

En résumé, messieurs, les conclusions que je désire tirer des quelques remarques que je viens de présenter sont les suivantes :

Les fractures de la jambe constituent un accident beaucoup plus sérieux qu'on est porté à l'admettre généralement.

Outre les déviations du pied et les raccourcissements auxquels elles donnent naissance, il y a à tenir compte encore de nombreux troubles trophiques, tels que la rétraction en griffes des orteils, les ulcérations de ces mêmes orteils, l'ankylose tibio-tarsienne, l'ostéite du cal avec hyperostose souvent très volumineuse.

C'est surtout chez les personnes âgées que se rencontrent ces accidents. Il faut sans doute faire une part dans leur pathogénie au rhumatisme, mais, probablement aussi, il y a à tenir compte des lésions nerveuses qui accompagnent certaines fractures.

Sans doute, le meilleur moyen que nous possédions pour nous mettre à l'abri de ces fâcheuses complications, c'est de faire une réduction soigneuse, suivie d'une contention exacte. Mais ce

serait une singulière erreur que de dire que le résultat soit toujours à notre disposition. Il est important de savoir que des fractures, même très méthodiquement traitées, peuvent aboutir à des résultats fonctionnels mauvais, et cela sous l'influence de conditions qui ne sont point encore complètement élucidées, et dont la détermination appelle de nouvelles recherches.

M. Félizet. — Nous savons tous combien est sombre le pronostic des fractures bi-malléolaires; il y a des vérités qu'il est bon d'entendre répéter et M. Chaput s'est prononcé, dans la dernière séance, avec la précision et la franchise qui convenaient. MM. Demoulin et Kirmisson viennent de confirmer cette opinion pessimiste, le premier en invoquant les complications anatomo-pathologiques multiples, ce dernier en nous exposant les observations qu'il a recueillies dans le service orthopédique de l'Hôtel-Dieu, dont il est chargé.

Nous sommes tous d'accord : les fractures bi-malléolaires ont des suites déplorables, quel que soit le soin avec lequel on les traite, en s'éclairant des renseignements que nous procure la radiographie. Et je ne parle pas seulement des fractures multiples et complexes qui constituent, à vrai dire, des fractures à grand fracas de la région, je parle des fractures bi-malléolaires relativement simples. Avec celles-là, la consolidation est retardée, la mortaise est déformée et incapable de son rôle mécanique.

Les blessés marchent mal, ce sont des *estropiés*, ils sont exposés aussi à chaque pas aux tiraillements et aux entorses. Le cal se forme tardivement et mal : on a parlé d'ostéites, causes de déformations, on a même invoqué des déformations secondaires, auxquelles M. Berger ne croit pas; et il a raison.

Or, ces déformations primitives n'entraînent l'impotence permanente que parce qu'elles ne sont pas réduites aussi parfaitement qu'il le faudrait.

Et c'est par le fait de ces réductions incomplètes que, sous le pied ballottant dans une mortaise disloquée, les fragments réunis par des jetées d'une ostéite qui dépasse souvent le travail de réparation, se produisent ces exostoses dont on vous a parlé longuement.

C'est l'infirmité définitive. Doit-on s'y résigner? La question est délicate.

Nous sommes en présence d'un préjugé qu'il faut avoir le courage de combattre.

Pour le public, une fracture est un accident banal et simple. Un os est cassé, on met les choses en place aussi doucement que l'on peut, on applique un appareil et on attend.

Or, il faut savoir que la réduction et la coaptation d'une fracture bi-malléolaire constituent dans la majorité des cas, une véritable opération.

Cette opération ne peut être menée à bien que sous le chloroforme; le chloroforme est indispensable. Voilà ce que nous ferons difficilement admettre aux blessés et à leur entourage.

Et pourtant, ce n'est qu'à ce prix que nous pouvons redresser le pied, rectifier l'axe de la jambe, repousser les fragments, les replacer, les accoler par leur surface, en un mot *remodeler* la région, pour ainsi dire.

L'emploi du chloroforme diminuera, il n'y a pas à en douter, la gravité du pronostic des fractures bi-malléolaires.

M. Paul Reynier. — Avec M. Kirmisson, je crois que nous devons savoir gré à mon ami Chaput d'avoir attiré l'attention de la Société sur les difficultés que nous rencontrons dans le traitement des fractures malléolaires, traitement qui mérite bien d'être remis en honneur, après avoir momentanément été de par le fait des progrès de la grande chirurgie abdominale, un peu dédaigné par beaucoup d'entre nous. Or les résultats que nous montre M. Chaput prouvent combien nous devons surveiller la pose des appareils de contention, souvent mis par des élèves pleins de bonne volonté, même instruits théoriquement, mais qui manquent d'expérience et de pratique. Or il faut bien savoir que ces déviations secondaires dont parle M. Chaput, sont le plus souvent, sauf des cas exceptionnels, dues à ce que la correction pour une raison ou une autre n'a pas été parfaite ; et quand je parle de correction parfaite, je ne m'attache pas à la réduction osseuse parfaite, mais à ce que le pied fasse un angle droit avec la jambe, qu'il n'y ait aucune subluxation ni en avant ni en arrière *et que l'axe de la jambe passe bien par l'axe du pied.* Cet axe, je le répète, est déterminé par une ligne qui, partant de la partie inférieure de la tubérosité antérieure du tibia, passe par le milieu de l'espace intermalléolaire et tombe sur un pied fléchi à angle droit sur le deuxième orteil en dehors de son tendon extenseur.

Or si vous êtes parvenu à mettre le pied dans cette position, s'il est resté ainsi disposé dans l'appareil, *si le malade ne se lève pas trop tôt*, je crois, et je crois pouvoir l'affirmer, que vous n'aurez pas de déviation secondaire, ou que très exceptionnellement. Peu m'importe que la radiographie, laquelle je trouve qu'on donne aujourd'hui beaucoup trop d'importance pour évaluer l'étendue des lésions, me montre des os, dont la réduction n'a pas obtenu le retour exact à l'integrum.

Si l'axe de la jambe se continue bien avec l'axe du pied, si

celui-ci est en flexion à angle droit, pensant que la perfection n'est pas de ce monde, et que je dois surtout songer au bon fonctionnement futur du membre plus qu'à l'esthétique, je me contenterai de ce résultat.

Je vous ai montré, il y a quelques années, avec l'aide de M. Contremoulin, combien en effet nous pouvions être induits en erreur par des radiophotographies prises sans prendre la précaution d'avoir un parallélisme parfait entre la plaque et les os de la jambe et de faire passer exactement le rayon lumineux perpendiculairement au niveau du trait de fracture. Or même en cherchant à prendre toutes ces dispositions, on n'arrive pas toujours à affirmer qu'on a réussi à prendre une radiophotographie à l'abri de toute déformation.

Celle-ci donc, comme le faisait remarquer M. Kirmisson avec lequel je suis absolument d'accord, ne peut donc être qu'un adjuvant à notre examen clinique, mais ce n'est pas avec l'épreuve seule d'une radiographie que nous pouvons affirmer l'étendue et l'exactitude des dégâts résultant d'une fracture. Je tiens à l'affirmer de nouveau, car on est, en autres lieux, trop disposé à nous juger sur ces épreuves toujours discutables.

Mais si je dis qu'il faut que nous obtenions la rectitude du membre dans la réduction de ces fractures, je reconnais que quelquefois pour cette réduction, on se heurte à de grosses difficultés, principalement dans les fractures bi-malléolaires et la fracture par adduction ou fracture de Dupuytren.

Avec M. Demoulin je crois, en effet, que nous devons séparer des fractures bi-malléolaires cette fracture de Dupuytren, qu'on y a rangé, par un étrange abus de langage.

Dans cette variété de fracture le péroné est fracturé à 6 à 7 centimètres de la pointe de la malléole externe, et la malléole interne seule est lésée. Ce n'est donc tout au plus qu'une fracture unimalléolaire, et si elle devient bi-malléolaire, comme l'a fait remarquer M. Demoulin, c'est que cette fracture s'est compliquée. Et en réalité elle est plus correctement placée dans les fractures de l'extrémité inférieure du péroné, que dans les fractures bimalléolaires. Ceci dit en passant, je reviens à la réduction de ces deux variétés de fractures.

Avec mon cher et regretté maître le professeur Tillaux, et contrairement à l'opinion de mon cher ami le professeur Berger avec qui j'ai le regret de me trouver aujourd'hui en désaccord, je crois qu'il y a tout avantage dans ces fractures de Dupuytren ou bimalléolaires de faire rapidement la réduction et de maintenir cette réduction dans un plâtre, mis le plus vite possible après l'accident.

Plus vite, en effet, on intervient, plus la réduction se fait facilement, et moins vous êtes embarrassé par le gonflement qui va s'exagérer les jours suivants, et dont vous diminuez l'intensité par la pose rapide du plâtre. Vous avez, de plus, la satisfaction, le plâtre une fois mis, de voir les douleurs du malade s'apaiser, et de ne pas les réveiller en renouvelant plusieurs fois les bandages, comme on le fait dans la pose journalière d'un bandage de Scultet.

Si pour les fractures compliquées de plaie cette pratique me paraît, à l'heure actuelle, étant donné les résultats qu'elle donne, indiscutable, il me semble qu'on peut la recommander également pour les fractures qui vous sont amenées avec déplacements nécessitant la réduction et le maintien de cette réduction.

Mais si vous mettez un plâtre, il faut, je le reconnais, s'entourer de précautions qui, malheureusement souvent, soit par le fait des circonstances, soit par défaut d'expérience, ne sont pas prises.

Vous ne devez en effet jamais tenter une réduction sans vous assurer l'aide d'un confrère, ou d'un élève expérimenté, sachant mettre un plâtre. Vous devez avoir également une personne qui saisissant la cuisse fasse avec persévérance et sans lâcher le membre la contre-extension pendant que vous procédez vous-même à la réduction, et que vous la maintenez pendant la pose des bandes plâtrées par l'aide. Vous devez, de plus, être tout prêt, si vous ne pouvez avec votre seule force réduire la fracture et mettre le pied dans une bonne position, être tout prêt à faire donner le chloroforme pour vous faciliter cette réduction. Avec M. Monod, je crois en effet que le chloroforme facilite tellement cette bonne réduction, que je pense qu'on ne doit pas se laisser arrêter par la crainte de ces mouvements désordonnés que quelquefois le chloroforme provoque, chez certains alcooliques, mais contre lesquels vous pouvez vous garer, si vous tenez le membre et si vous avez un personnel d'aides suffisant pour vous aider, ou encore mieux si vous attachez le membre sur une attelle provisoire avant de commencer la chloroformisation.

Mais la réduction obtenue, le pied remis en bonne position en flexion à angle droit, son axe correspondant bien avec celui de la jambe, tout n'est pas fini : il faut l'y maintenir.

Or avec M. Berger je reconnais qu'il ne faut pas avoir pour le maintien une confiance absolue dans le plâtre. Pendant en effet qu'il est mou, qu'il sèche, les os peuvent se déplacer. Aussi doit-on ajouter au plâtre, pendant qu'il sèche, une attelle latérale, sur laquelle on maintient le pied, et qu'on enlève le lendemain matin le plâtre ayant durci.

Enfin, votre plâtre mis, vous avez encore à le surveiller, à

relever l'axe de la jambe, voir si le gonflement ayant disparu il ne s'est pas produit de vide entre la jambe et les bandes de plâtre, et pour peu que vous ayez un doute sur les résultats de votre réduction, ne pas hésiter à remettre ce plâtre et à faire une nouvelle traction.

Une dernière précaution est enfin à prendre : garder les malades le plus longtemps possible au lit, jusqu'à la consolidation complète, et ne pas les renvoyer trop tôt, comme nous avons et surtout notre personnel a, pour éviter l'encombrement, trop de tendance à le faire.

Bien des déviations secondaires sont dues à ce que le malade s'est levé avec un cal encore peu résistant, dont l'axe de la jambe ne correspond pas exactement avec l'axe du pied; et peu à peu, sous l'influence du poids du corps, il se produit une déviation secondaire.

La marche trop tôt permise peut amener également des hyperostoses. Même lorsque la consolidation paraît complète quelquefois pour les fractures des malléoles, fractures spongieuses, un travail osseux continue, et on est désagréablement surpris, lorsque ce malade vous revient quelque temps après, de trouver une malléole très augmentée de volume qui repousse l'astragale et déplace secondairement l'axe de la jambe sur l'axe du pied.

Ces ostéites hyperostosantes sont pour moi ce qu'il y a de plus à redouter à la suite des fractures.

De ces ostéites hyperostosantes, fréquentes à la suite des fractures malléolaires, vous en aurez des preuves en voyant ce qui se passe pour certaines fractures diaphysaires qu'on fait marcher trop tôt, se fiant à la constatation de la solidité du cal. C'est ainsi qu'on voit des malades atteints de fractures du fémur vous revenir avec un os doublé de volume, par le fait de ce travail d'ostéite, qui continue, le cal paraissant solide.

Or on évitera ces hyperostoses diaphysaires comme épiphysaires en prolongeant le séjour au lit de ces malades, après la formation du cal.

Je finirai enfin en défendant l'ostéotomie linéaire ou cunéiforme que j'ai été un des premiers à préconiser à cette Société, pour corriger les déviations consécutives aux fractures bi-malléolaires.

J'ai présenté ici un certain nombre de malades qui, grâce à cette ostéotomie, avaient obtenu le rétablissement complet des fonctions du membre avec la pose du pied dans l'axe de la jambe. Je reconnais toutefois avec M. Demoulins que tous les cas ne sont pas justiciables de cette ostéotomie.

De même, je reconnais que si on peut trouver, comme le dit M. Delbet, un cal cartilagineux, il peut être préférable de le sec-

tionner. Mais ce cal cartilagineux ne me paraît pas le cas habituel. Pour mon compte personnel je ne l'ai jamais trouvé, peut-être parce que je m'attaquais à des fractures plus anciennes, moins rapprochées de l'époque de l'accident. Et cependant j'ai souvent tenté de repasser par le trait de fracture; et je suis toujours tombé sur du tissu d'ostéite hyperostosante très friable se laissant mal sectionner, s'écrasant sous le ciseau; et il m'a été facile de faire souvent constater aux assistants que c'était à ce processus hyperostosant qu'était due l'augmentation de volume de la malléole, en même temps que le déplacement du pied, de l'axe de la jambe, l'astragale se trouvant être repoussé par la saillie formée par la malléole déformée du côté de sa surface articulaire. Aussi ces interventions se terminaient-elles souvent par une résection partielle de cette malléole.

M. Sieur. — Les lésions traumatiques du cou-de-pied sont fréquentes dans l'armée, et comme elles se produisent à l'occasion de mouvements violents, elles s'accompagnent de désordres étendus, tout à la fois osseux, ligamenteux, musculaires et nerveux.

Les lésions les plus graves sont celles qui portent sur la malléole interne et le ligament latéral interne. Vient ensuite le diastasis de l'articulation péronéotibiale inférieure accompagné ou non d'un arrachement d'un fragment du tibia.

C'est en effet grâce aux désordres internes que le pied se porte aussi facilement en dehors et se met en valgus. Nous en avons la preuve dans ce qui se passe dans la fracture simple de la malléole externe ou dans le diastasis de l'articulation péronéotibiale inférieure. Si mobile que soit la malléole externe fracturée, alors même qu'elle donne au doigt la sensation d'une véritable touche de piano, on ne voit pas se produire de déplacement en valgus.

Nous avons même vu des blessés de cette catégorie recommencer à marcher au bout de huit à dix jours, le cou-de-pied simplement maintenu par un bandage en étrier, sans qu'ils aient présenté par la suite de déviation ni de déformation gênantes.

Ce qui complique encore les lésions que l'on observe du côté interne du cou-de-pied, c'est la présence fréquente de fragments osseux multiples et plus ou moins volumineux. Sur l'une des radiographies que nous a montrées M. Schwartz dans la dernière séance, on voit, nettement détaché de la malléole tibiale, un fragment d'aspect triangulaire. La présence de ces fragments est un obstacle sérieux à la réduction immédiate, puisque nous n'avons aucune action directe sur eux et qu'ils ont plutôt tendance à former cale entre la malléole et le tibia. Secondairement, leur rôle est également néfaste au point de vue de la formation du

cal, attendu que les causes de non-consolidation qu'invoquait M. Delbet à propos des fractures transversales de la rotule et de la malléole interne, à savoir : la communication du trait de fracture avec l'articulation, l'insuffisance des connexions vasculaires des fragments et l'interposition fibreuse, s'appliquent encore mieux à ces fractures esquilleuses.

Le même inconvénient peut se retrouver du côté de l'articulation péronéotibiale inférieure atteinte de large diastasis et dont les ligaments arrachent souvent leur implantation sur le tibia.

Il n'est pas jusqu'à la façon dont le péroné est lui-même fracturé qui ne doive entrer en ligne de compte dans les déformations immédiates et secondaires que l'on observe à la suite des fractures de Dupuytren. La radiographie nous montre souvent une fracture plus ou moins oblique de haut en bas et de dehors en dedans favorable au glissement ou à la projection de la malléole en dehors; parfois même, il existe une ou deux esquilles qui viennent encore augmenter la mobilité de cette partie de la mortaise tibiopéronière et compromettre sa solidité. On pourra donc momentanément faire disparaître par un appareil plâtré le diastasis de l'articulation péronéotibiale inférieure, il n'en restera pas moins une tendance à la subluxation du pied en dehors et à son renversement en valgus, si la marche se fait trop tôt.

A ces conditions défavorables pour la réduction des fragments et surtout pour leur consolidation rapide en bonne position, viennent s'ajouter des troubles amyotrophiques réflexes d'origine médullaire. Signalés par Charcot (1) et Vulpian, et reproduits expérimentalement par Mignot et Mally (2), ces troubles nerveux causent l'atrophie et la parésie des muscles du membre fracturé et entravent la nutrition déjà si compromise des fragments osseux et du cal.

Nous pouvons donc invoquer, pour expliquer les déviations secondaires que l'on observe à la suite des fractures du cou-de-pied et tout particulièrement à la suite de la fracture de Dupuytren, deux ordres de causes :

1° Une altération des muscles et des ligaments qui les empêche de remplir leur rôle de soutien;

2° L'existence de cals souvent irréguliers en raison d'un défaut de réduction et qui, mal nourris, restent longtemps malléables, s'écrasent sous le poids du corps ou s'étirent sous l'effort d'une traction.

(1) Charcot. *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 333.

(2) Mignot et Mally. Recherches expérimentales sur les amyotrophies réflexes. *Archives générales de médecine*, septembre 1900.

A en juger par ce que nous avous pu observer nous-même, et par ce que rapportent les auteurs, il est bien difficile d'assigner une limite à cette malléabilité du cal. Dans un travail des plus intéressants paru en 1902 dans la *Revue de chirurgie*, MM. Richon et Mally (1) conseillent de n'autoriser la marche que lorsque les troubles trophiques musculaires auront disparu, car leur disparition permet de supposer que les troubles trophiques qui se passent du côté du cal et des ligaments ont eux-mêmes pris fin.

Mais comme cette disparition des troubles trophiques n'a guère lieu avant cinq à six mois (bien entendu dans les formes graves qui seules font l'objet de la discussion actuelle), on ne saurait maintenir les malades au lit pendant un laps de temps aussi prolongé. Il faut donc recourir à l'emploi momentané d'appareils orthopédiques chargés de maintenir la réduction obtenue par les appareils plâtrés et de soutenir le poids du corps jusqu'à ce que le cal ait acquis une résistance suffisante. Dès 1885, Terrillon proposait un appareil composé d'une jambière et d'un pied en cuir moulé et lacé avec attelles et étrier métallique articulés au niveau du cou-de-pied. C'est cet appareil que Richon et Mally ont à leur tour fait porter à leurs malades avec un plein succès.

Un mot encore au sujet du traitement immédiat de la fracture de Dupuytren.

« Bien réduire et le plus tôt possible » semblait être la formule admise par tout le monde. M. le professeur Berger a préconisé dans la dernière séance la réduction lente, en invoquant la difficulté qu'on rencontre parfois à réduire dès le début. Les deux méthodes peuvent se défendre, mais à notre avis l'essentiel est de changer souvent les appareils plâtrés, de façon à suivre, en quelque sorte centimètre par centimètre, la diminution de volume du membre qui résulte de la résorption de l'infiltration sanguine et de l'atrophie des masses musculaires. On évite ainsi le ballottement du membre dans un appareil trop large et lareproduction, toujours possible, du déplacement des fragments. On peut même, comme le conseille M. Berger, profiter de ce changement d'appareil pour compléter la réduction si elle se montre imparfaite.

Quant à l'appareil dont nous nous servons depuis quelques années, c'est celui décrit par Richon et Mally et qui consiste en une gouttière plâtrée échancrée à sa partie inféro-interne de faç à laisser libre la moitié interne du pied et toute la face interne du cou-de-pied. Par contre, sa lèvre externe est renforcée par une attelle plâtrée. Pour lui donner la forme voulue et maintenir

(1) Richon et Mally. De la fracture de Dupuytren. *Revue de chirurgie*, 1902, t. XXVI, p. 196, 377 et 583.

le pied en bonne position, on applique pendant vingt-quatre heures par-dessus l'appareil plâtré l'appareil classique de Dupuytren; on arrive ainsi, à l'aide de cette gouttière, à obtenir une réduction aussi parfaite que possible, et personnellement nous n'avons eu qu'à nous louer de son emploi.

Dans les fractures autres que la fracture de Dupuytren et dont M. Chaput nous a montré des exemples, celles par exemple qui présentent des esquilles très obliques, en relation avec l'interligne, nous nous sommes bien trouvé de la traction continue et du hamac. On voit ainsi disparaître rapidement les douleurs et le gonflement, mais là encore il faut retarder la marche aussi longtemps que possible si l'on veut éviter des déplacements secondaires et un accroissement exagéré du volume du cal.

Présentations de malades.

Epithélioma du plancher de la bouche.

M. Morestin présente un malade qui a été opéré le 12 janvier 1903 d'un vaste épithélioma du plancher de la bouche, avec résection de la plus grande partie de la mâchoire et de la langue, et qui a subi en avril 1906 une nouvelle intervention pour adénopathie cancéreuse cervicale, actuellement sans récidive.

Actinomycose cervico-faciale chez un sellier.

M. A. Guinard. — Je vous présente un malade, âgé de vingt-neuf ans, atteint d'actinomycose cervico-faciale. A son entrée dans mon service de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 29, j'ai fait le diagnostic clinique, et l'examen microscopique pratiqué par M. Verliac et mon interne, M. Lafosse, a confirmé le diagnostic. Je voudrais à ce propos montrer combien il est aisé de passer devant ces malades sans les « voir ». Le médecin de celui-ci me l'amène un matin en me disant qu'il s'agit d'une dent de sagesse qui est soignée depuis deux mois par un dentiste et qui a provoqué avec du trismus une suppuration au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure à gauche. A première vue, le diagnostic de périostite suppurée du maxillaire paraissait simple, et si je n'avais pas voulu faire

poser un diagnostic raisonné par un de mes élèves, j'aurais pu hâtivement dire à un de mes internes d'inciser cet abcès, sans m'en occuper davantage. C'est ainsi, j'en suis convaincu, que les choses se passent souvent, et c'est à mon avis pour cela que les cas d'actinomycose « paraissent » si rares dans nos hôpitaux parisiens. Ce malade avait du trismus depuis deux mois, mais ne souffrait nullement. Un dentiste avait décoiffé la dent de sagesse inférieure gauche avec le thermocautère.

En novembre, apparut malgré cette intervention une tuméfaction qui envahit rapidement les régions massétérine et sous-angulo-maxillaire gauches. Son médecin conseilla alors l'application d'une pommade belladonnée avec des cataplasmes.

Le 15 novembre deux points se ramollirent sur cette masse indurée et la peau se perfora au niveau de l'un d'eux. C'est alors que j'examine le malade. Je suis d'abord frappé de ce fait que toutes les dents du côté malade sont absolument saines, — y compris la dent de sagesse. Elles sont noires, mais cela tient évidemment à des badigeonnages de teinture d'iode, car les dents du côté opposé sont blanches. De plus, je remarque que des trois points ramollis sur ce placard phlegmasique, l'un est ouvert et les deux autres ne communiquent pas entre eux et ne se vident pas par la fistulette du premier. S'il s'agissait d'un abcès périostique, il n'en serait pas ainsi. Ces abcès voisins les uns des autres ne pourraient siéger que dans des ganglions, et, comme vous pouvez le voir, ils sont au-dessus de la région des ganglions sous-maxillaires, et en arrière des ganglions pré-massétérins. Je pensai donc à l'actinomycose, et les grains jaunes spécifiques furent observés très aisément dans le liquide qui s'écoulait par la fistulette.

Il s'agissait de découvrir le mode d'infection actinomycosique, et c'est là que cette observation me paraît très intéressante. Notre malade est dans une maison de sellerie à Paris. Il n'a jamais habité la campagne, et ce n'est que par un interrogatoire prolongé que je suis arrivé à découvrir ce que je crois être la vérité. Cet homme en rembourrant des coussins de voitures a souvent dans la bouche du crin et des clous de tapissier. Ces clous à grosse tête offensent la muqueuse du vestibule buccal, et « font parfois saigner les gencives », nous dit-il. De plus ce crin dont il met des touffes dans sa bouche est partie du crin de cheval et partie des poils de vache. Je crois qu'on peut trouver là le véhicule des actinomycès. Chevaux et vaches se nourrissent d'avoine, de graminées, de foin, se couchent dans la paille souillée de crottin ou de bouse. Rien de surprenant à ce que leurs poils soient à l'occasion infectés : et les clous de tapissier ayant ouvert préala-

blement des portes à l'infection, n'est-il pas permis de concevoir une infection actinomycosique par des crins vecteurs d'actinomycès?

J'ajouterai qu'en poussant plus loin mon interrogatoire, j'ai appris de ce malade qu'un de ses camarades qui travaille dans la même maison que lui est soigné depuis deux ans pour « des abcès à répétition » vers l'angle de la mâchoire. Il a malheureusement été obligé pour cela de quitter la maison, et il est actuellement employé du chemin de fer à Cambrai.

J'ai déjà présenté ici même, en 1900, une malade actinomycosique chez laquelle j'avais pu incriminer les poils de porc avec lesquels elle fabriquait des brosses à dents. Je rapproche de ce cas, cette infection par des poils de vache ou des crins de cheval. En somme, la profession de sellier ou de bourrelier est à joindre aux professions qui peuvent exposer à l'actinomycose.

M. Reclus a récemment observé un malade qui se présentait sous un aspect identique et chez lequel l'actinomycose fut démontrée; il guérit en deux mois par l'iodure de potassium sans opération.

Ankylose osseuse de la hanche.

M. Pierre Duval présente un cas d' « ankylose osseuse de la hanche, traité par interposition musculaire. » — Rapporteur : M. Nélaton.

Œsophagoscopie.

M. Guisez présente deux cas, l'un de « corps étranger bronchique, extrait par la bronchoscopie »; l'autre de « rétrécissement congénital de l'œsophage traité par œsophagotomie interne au moyen de l'œsophagoscopie. » — Rapporteur : M. Mauclaire.

Du rétrécissement mécanique progressif des fissures palatines avant la palatoplastie.

M. Pierre Sebileau. — Je vous ai montré l'année passée les sultats qu'avec mon élève, Albert Ducourneau, j'avais pu obtenir

sur une petite malade atteinte d'une fissure palatine et labiale si large que toute restauration plastique m'avait paru impossible. En quelques mois, à l'aide de la traction élastique réalisée par un appareil dentaire amovible, nous avions pu obtenir un rétrécissement considérable de la fissure palatine et ce rétrécissement m'avait permis de pratiquer dans de bonnes conditions une cheiloplastie difficile. Le résultat de cette opération avait été excellent; peut-être vous rappelez-vous avoir vu la malade et les moules qu'aux différentes étapes de son traitement nous avions pris de sa bouche.

C'est un cas de ce genre que je vous présente aujourd'hui.

J'opérai, il y a quatre ans, d'un bec-de-lièvre compliqué de fissure de la voûte et du voile, une enfant de six mois. Le résultat de cette première intervention réalisée par le procédé de Mirault fut satisfaisant.

Quand les parents de ma petite patiente vinrent, il y a six mois, me prier de terminer la restauration commencée, je me rendis compte qu'il y avait peu d'espoir à fonder sur le succès d'une palatoplastie : la fente était trop large et, surtout, les deux berges en étaient si étroites que je les jugeai recouvertes d'un lambeau de fibro-muqueuse tout à fait insuffisant en largeur.

Je décidai alors de recourir au procédé qui m'avait donné si complète satisfaction l'an passé et je confiai à mon élève et ami Georges Lemerle le soin d'imaginer et d'appliquer un appareil de traction progressive destiné à rapprocher l'une de l'autre les deux moitiés de la mâchoire supérieure.

Cet appareil, que voici, est d'une extrême simplicité; il est à la portée du dentiste le moins versé dans la prothèse, puisqu'il consiste simplement en une sorte de double moule d'argent embouti. Ce moule s'adapte exactement sur la rangée molaire de chaque côté et porte, en dedans, sur son rempart interne, un petit crochet où vient s'attacher un caoutchouc grêle dont l'élasticité non satisfaite exerce sur les deux lames palatines séparées une traction dans le sens de l'adduction qui tend à les rapprocher l'une de l'autre. Le moule est scellé au ciment sur les molaires; les dents et les gencives supportent sans réaction ce petit appareil très simple.

Les plâtres que je vous présente vous montrent l'importance du résultat acquis : la fissure palatine a, pour le moins, diminué de moitié. L'opération est, à cette heure, réalisable et je la pratiquerai bientôt.

Remarquez qu'en raison du rétrécissement de la fissure, c'est-à-dire du rapprochement des deux apophyses palatines et, par conséquent des deux processus alvéolaires droit et gauche, les

dents du haut qui, avant l'application de l'appareil, articulaient normalement avec les dents du bas, sont maintenant eu retrait marqué sur ces dernières. L'arc décrit par la mâchoire supérieure est inscrit dans l'arc de la mâchoire inférieure.

Nulle préoccupation ne me vient de ce fait. Lorsque l'opération plastique sera terminée, nous appliquerons un nouvel appareil et en quelques mois nous obtiendrons de la mâchoire supérieure tel redressement que nous jugerons bon et les dents reprendront leur articulation normale. J'ajoute qu'il sera plus facile et plus rapide de réaliser cette sorte d'élargissement, d'abduction de la mâchoire supérieure, qu'il ne fut facile d'en réaliser le rétrécissement, l'adduction.

On conçoit, en effet, que les efforts de la prothèse évolueront alors dans un sens parallèle à celui du développement de la face, ce qui n'a pas été le cas dans la première étape du traitement.

Je vous montrerai ultérieurement, en vous présentant mes deux petites opérées, en quoi les appareils imaginés par chacun de mes deux élèves, Ducourneau et Lemerle, diffèrent l'un de l'autre.

Mais, de quelque manière qu'on la réalise, il y a là une méthode générale dont l'idée revient à Ducourneau et à moi, et qui me paraît appelée à rendre de grands services dans le cas de large fissure palatine : cette méthode consiste à pratiquer, par un des nombreux procédés que met à notre disposition la prothèse aujourd'hui si riche de la bouche, le rétrécissement progressif et méthodique des fentes de la voûte palatine, avant d'en tenter la restauration bio-plastique. C'est une application, heureuse je crois, à la chirurgie, de cette grande et belle méthode de l'orthodontosie, peut-être un peu trop méconnue de nous tous.

Présentations de pièces

Quatre-vingt-dix calculs de la vésicule biliaire.

M. Paul Thiéry : J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie le contenu de la vésicule biliaire d'un homme d'une cinquantaine d'années que j'ai opéré dernièrement.

Les calculs que j'ai extraits, polyédriques, en forme de pavés, étaient exactement au nombre de quatre-vingt-dix. La vésicule n'était pas distendue et ne contenait aucun liquide : elle était plutôt petite, rétractée sur les calculs, qui occupaient aussi

le canal cystique et une partie du cholédoque extrêmement dilatés.

Je fis la cholécystotomie, suivie de cholécystostomie. Malheureusement, depuis quelques jours, le malade présentait les signes graves d'infection, une température élevée, et bien que les suites locales de l'opération fussent simples, il succomba rapidement en état d'anurie absolue, et c'est certainement à l'altération des reins qu'est dû son décès.

Je présente ces calculs uniquement à cause de leur nombre véritablement peu habituel.

Ligature de l'artère et de la veine fémorales. Sphacèle tardif du muscle jambier antérieur.

M. A. Guinard. — Le 9 octobre 1906, on m'amène à l'Hôtel-Dieu un jeune homme de dix-sept ans qui, en coupant un trognon de chou, venait de se faire, à la face interne de la cuisse droite, une plaie profonde suivie d'une hémorragie très abondante. Un médecin avait heureusement placé un garrot solide à la racine du membre; mais le malade était absolument exsangue. Je pensai de suite à une plaie de la fémorale, et, par une incision, j'arrivai sur le paquet vasculaire. Je trouvai une section nette de l'artère et de la veine fémorales à la partie moyenne de la cuisse. Je fis donc la suture au catgut des deux bouts de la veine et du bout supérieur de l'artère. Tout se passa correctement et, les jours suivants, je n'observai rien d'anormal du côté de la jambe et du pied, que j'avais enveloppés d'une épaisse couche de coton. Le dixième jour, il y eut un peu de suppuration au niveau de l'orifice de drainage, mais la cicatrisation fut rapidement complète. Le vingt-cinquième jour, au niveau de la peau cornée du talon, apparaît une escarre très superficielle et, en somme, insignifiante. Puis le malade se plaint de souffrir dans le mollet : je trouve là un gonflement qui occupe la face externe de la jambe et, par une incision à ce niveau, je donne issue à du pus et à des lambeaux de tissus sphacélés. Le 20 novembre, un gonflement nouveau apparaît, en avant de la jambe, entre le tibia et le péroné. L'incision donne issue à un liquide verdâtre et visqueux. Au fond de la plaie, le muscle jambier antérieur paraît livide. Enfin, ce matin même, 27 novembre, en examinant à nouveau le malade, je saisis avec une pince le muscle verdâtre que je voyais au fond de la plaie, et, sans exercer une forte traction, j'amenai à l'extérieur la totalité du muscle jambier

antérieur sphacélé et spontanément détaché de ses insertions supérieures et de son tendon. C'est ce muscle sphacélé que je vous présente.

Il m'a paru intéressant de montrerici ce sphacèle profond, spontané et limité à un muscle, après une ligature de l'artère et de la veine fémorales à la partie moyenne de la cuisse; je n'ai vu nulle part signaler un incident de cette nature, avec l'intégrité parfaite du tégument au-devant du muscle.

M. Quénu. — Mon collègue peut-il nous dire si on a fait un examen bactériologique du foyer nécrosé? Il serait intéressant de savoir si le foyer était ou non septique. D'autre part, quel est l'état de l'extenseur commun et de l'extenseur propre? Ces deux muscles forment, avec le jambier antérieur, un groupe bien défini et irrigué par la tibiale antérieure; il y aurait intérêt à savoir si la mort n'a frappé que l'un d'eux, le jambier antérieur, et cela serait peut-être facile par l'observation de l'état fonctionnel des deux muscles extenseurs.

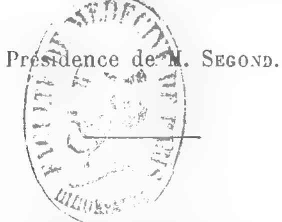
Le Secrétaire annuel,

H. Chaput.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1906

Présidence de M. SEGOND.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de M. BARNSBY et JEANNE, qui posent leur candidature à la place de membre correspondant national, déclarée vacante.

A propos de la correspondance.

M. TUFFIER dépose sur le bureau de la Société :

1° Un travail de M. JEANNE, intitulé : *Sur une méthode de traitement des vieilles fistules*, etc.

2° Un travail de M. LETOUX, intitulé : *Invagination chronique iléo-colique*. Ces travaux sont renvoyés à des commissions dont M. TUFFIER est nommé rapporteur.

Rapports.

Hypospadias péno-scrotal. Opération à lambeau préputial,
par M. Donnet (de Limoges).

Rapport de M. TUFFIER.

Le travail que nous a envoyé M. Donnet a uniquement trait à un procédé opératoire qui n'a pas eu d'application sur le vivant, mais que le succès des procédés analogues permet de prendre en considération.

Si, en effet, la thérapeutique des hypospadias balano-péniens, ou péniens, a fait de notables progrès dans ces derniers temps, la guérison des hypospadias scrotaux est toujours difficile. Sans doute, les beaux travaux de Deplay et de Th. Auger ont poussé très loin la réparation de ces malformations et leurs procédés donnent souvent des résultats tout à fait remarquables. Je vous rappelle que, pour certains cas, Nové-Josserand avait proposé la tunnellisation du pénis avec introduction dans ce canal d'une sonde garnie d'une greffe de Thiersch. Je vous ai montré, il y a quelques années, un malade ainsi opéré; le canal est resté perméable, mais il a deux défauts : 1° il existe une petite fistule à la jonction du canal nouveau et du canal ancien; 2° le canal n'a que des dimensions restreintes. Si ce procédé a des inconvénients pour l'urètre, il m'a donné un succès dans l'établissement définitif d'un canal à travers un col utérin et un vagin absents. Les règles sont régulièrement expulsées par ce tunnel depuis deux ans. Je vous ai rapporté le fait opératoire en 1904.

A côté de ce procédé, Rochet a proposé de remplacer la greffe de Thiersch par un *lambeau scrotal enroulé autour de la sonde* et de faire pénétrer le tout dans la tunnellisation. M. Donnet a exécuté ce procédé après avoir échoué par les procédés de Th. Anger et de Duplay; il a eu deux inconvénients :

1° Il s'est formé deux fistulettes au niveau du point où la greffe scrotale pénètre dans l'extrémité postérieure du tunnel pénien. Ces fistulettes nous paraissent tenir au procédé de Rochet lui-même. En effet, à moins qu'on ne fasse remonter l'origine du lambeau scrotal jusqu'aux extrémités latérales de l'orifice inférieur du tunnel pénien, ce qui pourrait nuire à la vitalité du lambeau scrotal, il existe forcément de chaque côté, et situé directement au-dessus de l'orifice péno-scrotal, un point recouvert de peau et en continuité avec l'extérieur, d'où production de ces fistulettes.

2° Le canal de formation scrotale se recouvre de poils, fait qui s'est produit chez cet opéré.

Pour obvier à ces inconvénients, M. Donnet a eu l'idée de l'opération dont je vais donner la description. Ce procédé est une modification de celui de Rochet; c'est un procédé *à greffe cutanée totale*, mais le lambeau, au lieu d'être scrotal, est *préputial.*

Voici comment il procède :

« Il taillerait un lambeau préputial circulaire suivant l'incision représentée par la figure 1. Ce lambeau, séparé et étalé, serait

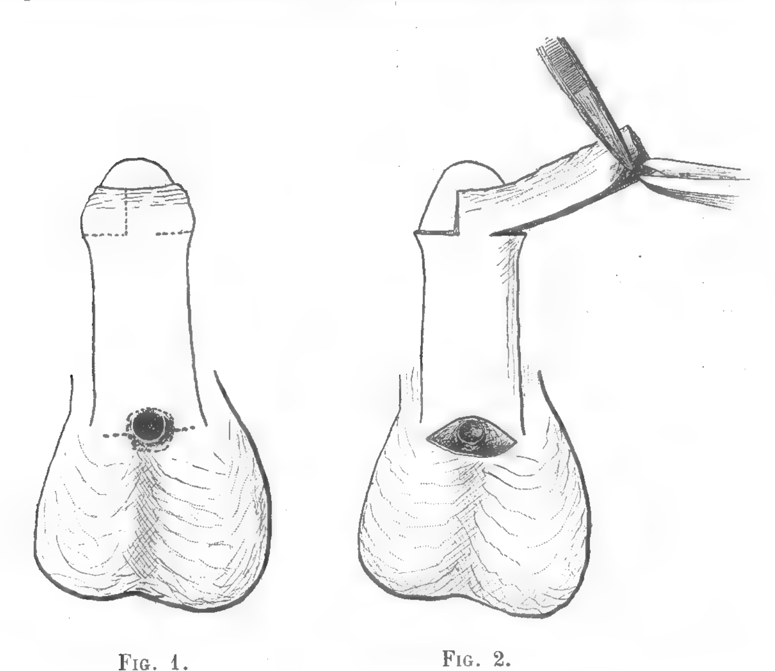


Fig. 1. Fig. 2.

adhérent par le frein du prépuce et sa nutrition assurée par l'artère du filet.

« Ce lambeau, déroulé comme dans la figure 2, serait formé par tout le prépuce, c'est-à-dire par une lame de tissu cellulaire recouverte, d'un côté par la muqueuse, de l'autre par la peau de l'extrémité de la verge, ces deux surfaces tégumentaires réunies au niveau du bord libre du prépuce.

« Ce lambeau serait facilement dédoublé, comme dans la figure 2, par une dissection facile. Le prépuce, ainsi dédoublé, présenterait donc une surface muco-cutanée, longue de 3 à 5 centimètres, large de 2 au moins, une surface cruentée formée par la dissection préputiale.

« Ce lambeau, étalé sur une sonde n° 15, surface muco-cutanée en dedans, surface cruentée en dehors, fixé par quelques points

de suture (fig. 3), formerait une sorte de manchon qui, introduit à travers une tunnellisation de la verge et du gland (fig. 4), constituerait un canal urétral.

« Pour l'abouchement du canal antérieur néoformé et du bout libre de l'orifice urétral péno-scrotal, rien ne serait plus simple. Incision circulaire rasant les bords du méat péno-scrotal et deux débridements transversaux et latéraux (fig. 4).

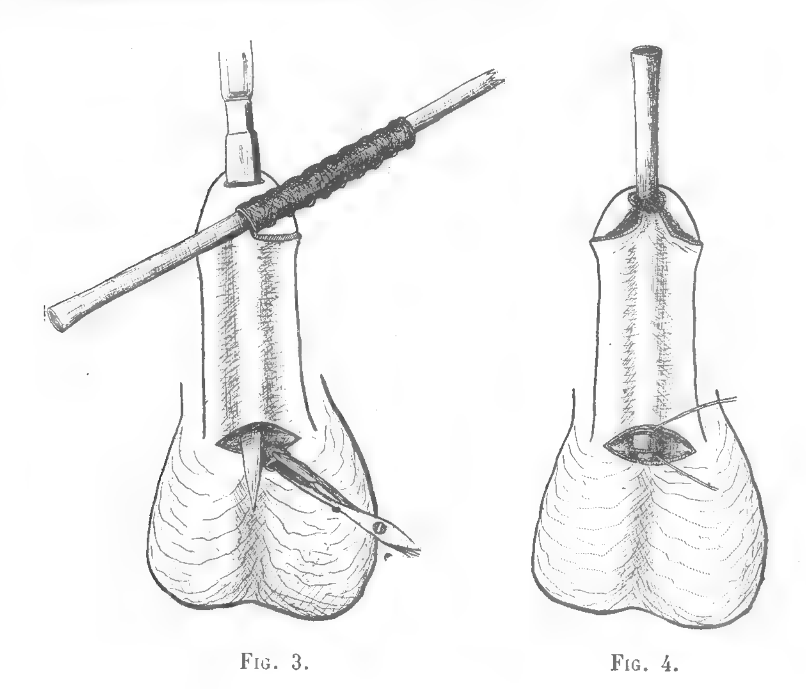


Fig. 3. Fig. 4.

« La tunnellisation de la verge devrait commencer à la partie centrale du gland et se terminer au niveau de la partie médiane du débridement du méat anormal, le bistouri venant sortir à la partie médiane de la plaie postérieure (fig. 3).

« Je crois même qu'il serait possible, par la dissection du bout postérieur de l'urètre (fig. 3), d'obtenir une mobilisation et un isolement assez étendus de cette partie du canal urétral, comme le fait se produit pour l'opération de l'hypospadias pénien.

« Ces incisions faites et ce débridement accompli, il ne resterait plus qu'à suturer le manchon préputial avec les bords de l'orifice du méat scrotal (fig. 4).

« Cette suture terminée et en retirant la sonde vers l'avant, d'un centimètre environ, on pourrait enfouir les parties réunies au milieu des tissus vivants. Cette manière de faire aurait pour

but d'éviter plus sûrement la fistule au niveau de la plaie postérieure, et de permettre au lambeau préputial d'être moins tendu et par conséquent de diminuer les chances de mortification de ce lambeau. Enfin, fermeture de la plaie postérieure (fig. 5).

« Il ne resterait plus, dans un temps ultérieur et après prise du lambeau préputial, qu'à le sectionner à sa base encore adhérente à la région du frein.

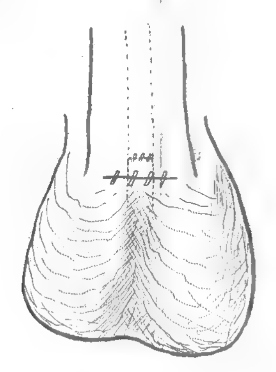


Fig. 5.

« Ce procédé aurait les avantages suivants :

« Réfection de tout le canal en un seul temps; chances très grandes d'éviter les fistules au niveau de la plaie postérieure, enfin absence de poils au niveau du nouveau canal. »

Tel est, Messieurs, ce procédé opératoire dont nous remercierons M. Donnet, car nous ne saurions être trop armés contre cette redoutable malformation constituée par l'hypospadias périnéo-scrotal.

Sur une observation de M. Duval : *Cholédocotomie pour une angiocholite due à la rupture d'un kyste hydatique dans les voies biliaires.*

De la rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires, et spécialement de leur traitement opératoire.

Rapport de M. E. QUÉNU.

M. Duval nous a présenté l'observation d'une cholédocotomie suivie de guérison, pratiquée chez une malade atteinte d'un kyste hydatique du foie méconnu et rompu dans la voie biliaire principale.

La gravité considérable de cette complication et le nombre

infime des opérations pratiquées en pareil cas, justifient l'insertion détaillée de cette belle observation dans nos Bulletins; je me contente à cette place d'en donner un court résumé.

Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, qui, entre le 6 et le 28 juillet, fut prise de crises excessivement douloureuses, allant jusqu'à la syncope, et qui s'accompagnèrent de jaunisse.

Avec la dernière crise, le 28 juillet, apparut un symptôme nouveau, la fièvre, qui se traduisit par des frissons et une élévation thermique oscillant entre 39 et 40 degrés. Le 1er août, le tableau clinique était celui d'une angiocholite aiguë. M. Duval en institua immédiatement le traitement rationnel, en ouvrant largement le cholédoque au-dessus du duodénum jusque et y compris l'hépatique, en pratiquant, par conséquent, l'hépatico-cholédocotomie de Kehr.

L'ouverture de la vésicule et l'exploration des autres voies biliaires, n'avaient révélé aucune lithiase. Une détente complète suivit cette intervention, puis, le cinquième jour, les accidents fébriles reparurent en même temps que la bile cessait de couler par le drain. Une aspiration opérée par ce drain, avec une seringue de Guyon, détermina tout d'un coup l'issue d'un mélange de bile et de membranes flétries. A partir de ce moment, la guérison suivit un cours régulier; il sortit des membranes jusqu'au 25 août, puis la fistule biliaire se ferma d'elle-même.

Je faisais allusion, il y a un instant, à la gravité extrême de la rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires.

Le plus grand nombre des observations, en effet, ne sont que des relations d'autopsie : tels sont les faits de Cadet de Gassicourt, de Charcellay, de Charcot, de Leroux, de Laënnec, de Rœderer et Wagler, de Bowmann, de Bouchut, de Trousseau, etc., dont on trouve un court résumé dans le beau traité sur les Entozoaires de Davaine, telles encore l'observation d'Aran (1), la plupart des observations de Murchison (2), et 12 observations sur 13 que renferme la thèse de Berthaut (3). Depuis, ce sont encore des désastres que signalent de Sèze dans sa thèse (1900-1901) (cas de Chauffard publié aussi dans les bulletins de la Société anatomique par Gouraud et Rathery, 1901), Marmasse (*Soc. anat.*, 1893), Halipré (*Soc. anat.*, 1893), Rosenstein (4), Ferrand, Legendre (*Soc. méd. des hôp.*, 1894), Vegas, etc.

(1) *Bull. Soc. méd.*, 1851.

(2) Murchison. *Leçons cliniques sur les maladies du foie*, trad. J. Cyr.

(3) Berthaut. *Thèse* de Paris, 1884, « Étude sur l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires ».

(4) *Réunion libre des chirurgiens de Berlin*, janv. 1904, analyse dans la *Presse médicale*.

Cependant, la possibilité d'une guérison spontanée par l'évacuation intestinale des vésicules flétries, est déjà démontrée par les deux observations de Bahrat, deGartskell et de Watson, citées dans Murchison (1), et par celle de Lasègue rapportée tout au long dans la thèse de Berthaut. Mais dans cette dernière, ce n'est qu'après les péripéties les plus graves que survint l'amélioration, on ne peut même dire la guérison complète, car, à la sortie de l'hôpital, la malade éprouvait encore des douleurs dans l'hypocondre et l'épigastre. Or, il suffit de lire une observation de Murchison pour se convaincre que l'élimination des hydatides par l'intestin n'est pas synonyme de guérison. Dans ce cas, en effet, l'expulsion de nombreuses hydatides par les selles, fut suivie à distance par de nouveaux accidents qui entraînèrent la mort, et on put s'assurer de la dilatation du cholédoque par les hydatides.

Je possède une observation personnelle dans laquelle la pénétration des hydatides, dans les voies biliaires (vésicule), fut suivie de la guérison temporaire des accidents, je ne dis pas du kyste, à la suite de l'évacuation d'hydatides par l'intestin. Cette guérison apparente ne me détourna aucunement de l'intervention que je rapporterai plus loin, et qui, cette fois, fut suivie d'une guérison définitive.

Quels sont spécialement les accidents déterminés par la pénétration des hydatides dans les voies biliaires? Et tout d'abord, il importe de ne pas confondre, dans une même description, les cas de pénétration de la bile dans les kystes hydatiques avec les cas de rupture des kystes dans les voies biliaires. Cette confusion a été faite dans plusieurs relations.

Dans les deux cas, il y a bien communication du kyste avec les voies biliaires, mais, dans les premiers, qui sont d'observation banale, la communication s'opère avec les petits canaux périkystiques dont le calibre ne se prêterait pas à la pénétration même de petites vésicules, et quand elle se fait avec de gros troncs biliaires, c'est la plupart du temps après l'intervention chirurgicale sur le kyste ou après l'évacuation du contenu de ce dernier, et l'intérêt de la complication est d'un ordre tout autre, elle réside dans la cholerragie.

On ne peut cependant nier d'une manière absolue que, dans certains cas d'altérations des grosses voies biliaires, d'origine calculeuse, par exemple, le processus de perforation ne puisse partir des conduits de la bile, mais on peut hardiment soutenir que, dans la très grande majorité des cas, sinon dans presque tous, c'est

(1) Citée par Davaine.

le kyste qui vient user le conduit muqueux et s'ouvrir dans sa cavité ; c'est là une loi générale, rappelée par Davaine, et qui s'applique aux voies d'excrétions de la bile, comme aux bronches, « à la vessie, au tube digestif, au bassinet et aux trompes utérines ». Il n'est pas nécessaire non plus de supposer que le danger d'ouverture provient de l'infection et de la suppuration préalable du kyste, qu'en d'autres termes, ce sont les kystes suppurés qui s'ouvrent seulement dans les cavités de voisinage: ce serait entretenir une fausse sécurité chez les porteurs de kystes hydatiques jusque-là indemnes de tout accident ; un nombre suffisant d'observations attestent que le kyste rompu n'était pas toujours suppuré, et cela d'ailleurs est vrai pour la rupture biliaire comme pour la rupture péritonéale.

Dans beaucoup de cas, la suppuration du kyste rompu a été observée, mais elle reconnaissait incontestablement pour cause la pénétration de la bile dans le kyste, et tout dernièrement encore, j'ai pu constater opératoirement au sein d'un kyste rompu et à contenu louche et septique, une légion de vésicules filles à contenu limpide ; les accidents d'angiocholite dans ce cas duraient depuis près d'un mois; il est bien probable qu'elles se fussent toutes flétries, si l'infection du kyste avait été primitive et avait entraîné la rupture du kyste (1).

Je reprends ma question : à quels accidents succombent les malades chez lesquels un kyste s'ouvre dans les voies biliaires ? Dans un très petit nombre de cas, exceptionnellement, la mort du malade est brusque, pour ainsi dire subite, tel le cas de Chauffard (2), qui portait un kyste médian, saillant à l'épigastre, *bien toléré* ; on le fit passer dans le service de notre collègue Schwartz, pour y être opéré. Le soir même, en se déshabillant, le patient s'écria qu'il étouffait, son visage devint violacé, les lèvres se cyanosèrent, les battements du cœur étaient rapides, et, en moins de vingt minutes, la mort survint, malgré les secours immédiatement apportés. A l'autopsie, on ne découvrit qu'une rupture du kyste dans la branche gauche du canal hépatique.

Les présentateurs expliquèrent cette mort subite par une intoxication hydatique aiguë résultant de la résorption du liquide au niveau de la surface intestinale (3).

(1) Dans une observation de Marmasse, le kyste n'était pas suppuré, et la bile n'avait pas pénétré dans le kyste.

(2) Gouraud et Rathery, *Bull. soc. anat.*, 1901.

(3) Il est possible de leur objecter les cas de cholépéritoine dans lesquels d'assez grands kystes s'ouvrent dans le péritoine sans occasionner des accidents bien graves. J'ai, cette année, opéré un cas de ce genre, reconnu la rupture et guéri mon malade.

Dans la très grande majorité des cas, la mort est le résultat d'une angiocholite aiguë; elle survint au bout de vingt-huit jours dans l'observation de Troisier (1); de seize jours dans l'observation de Butruille (2). Une malade de Sevestre (3) se portait bien, quand elle fut prise de vomissements et de diarrhée ; elle succomba vingt-quatre jours après. La malade de Duval (4) présente ses premiers symptômes : douleurs vives à se rouler par terre et perte de connaissance, le 6 juillet. Le 31, elle doit être opérée pour ainsi dire d'urgence.

Le début n'est pas moins brusque dans l'observation de Le Gendre. Chez un malade que nous avons opéré, toute la scène pathologique s'est déroulée en moins de cinq semaines.

Dans d'autres observations, la durée des accidents se prolonge un peu plus : une malade de Millard a ses premiers accidents, « douleurs et ictère », le 7 mars; elle succombe le 22 avril, soit quarante-cinq jours après le début. Une autre encore, de Millard, ressent les premières douleurs le 3 février, elle meurt le 20 mars, soit 45 jours après. La durée totale fut de deux mois dans l'observation de Le Courtois (5).

Dans un certain nombre d'observations, la survie paraît beaucoup plus considérable si on compte à partir des premiers symptômes hépatiques, mais en réalité ces symptômes appartenaient au kyste, et la rupture vint abréger la scène en quelques jours.

Toutefois, il faut reconnaître que, dans quelques cas, les accidents déterminants d'angiocholite grave ont été précédés pendant plusieurs mois, et même plusieurs années, de crises douloureuses simulant une colique hépatique. C'est ainsi que, chez un malade de Riedel (6), les crises violentes dans la région épigastrique s'étaient répétées six ou sept fois en 1885, puis les crises ne reparurent qu'en avril 1888, et Riedel intervint en juillet 1888; il s'agissait, il est vrai, d'une rupture de kyste dans la vésicule.

Dans un petit nombre de cas, enfin, l'ictère n'est pas noté. Les malades cachectiques ont succombé avec des accidents adynamiques, des vomissements, de la diarrhée et un pouls fréquent et filiforme. Tels sont les malades de Font-Réaulx (7), de Bouilly (8), etc.

Nous pouvons, de cette brève analyse, ne retenir qu'une con-

(1) Marmasse, *Bull. soc. anat.*, 1893.
(2) Butruille et Vinache, *Bull. soc. anat.*, 1876.
(3) Sevestre, *Bull. soc. anat.*, 1873.
(4) Josias, *Thèse* Berthaut et *Bull. soc. anat.*, 1822.
(5) *Thèse* Berthaut, p. 157.
(6) Mutzenadel, *Inaug. dissert.*, Iéna, 1889.
(7) *Bull. soc. anat.*, 1865.
(8) *Bull. soc. anat.*, 1871. Chez le malade de Bouilly, la communication du kyste paraît avoir eu lieu avec la vésicule biliaire.

clusion, c'est qu'il semble bien démontré que l'action des hydatides sur les voies biliaires principales est infiniment plus nocive et plus rapide que celle des calculs biliaires, et qu'il y aurait plus d'urgence encore que pour la lithiase à intervenir d'une façon précoce.

Le diagnostic est-il possible?

En général, il a été complètement méconnu; cependant, il est possible dans certains cas : s'il existe une tumeur apparente qu'on puisse interpréter comme étant un kyste hydatique, et s'il survient des crises douloureuses suivies d'ictère, on doit croire à un kyste hydatique rompu dans les voies biliaires. La recherche de débris d'hydatides dans les garde-robes est alors tout indiquée : c'est la conduite que nous avons suivie, mon collègue Tapret et moi, chez un jeune homme ultérieurement opéré pour un kyste rompu dans la vésicule biliaire.

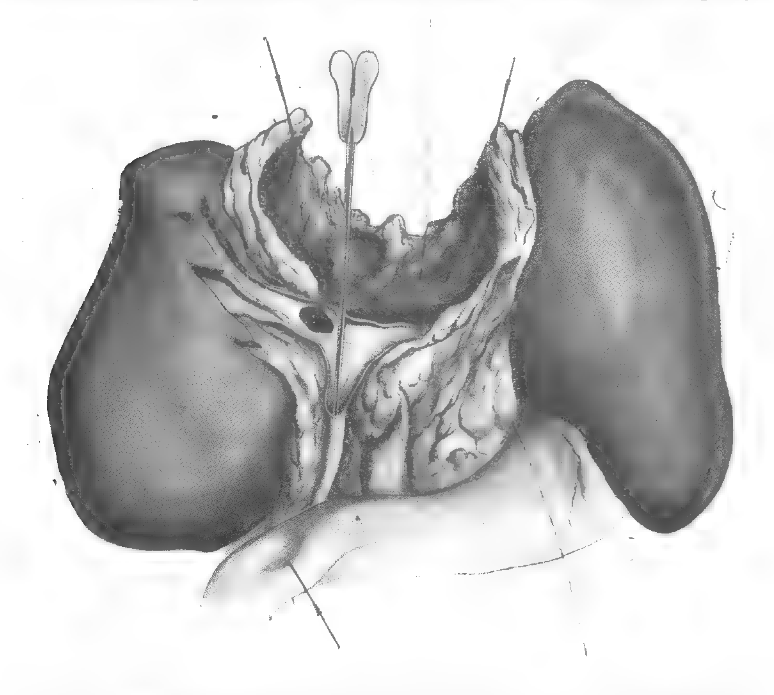
Mais, s'il n'y a pas de kyste apparent, le problème peut paraître insoluble; cependant, après l'analyse des observations publiées, il m'a semblé que, dans certains cas, on pouvait songer à ce diagnostic. Il ne faut pas trop se baser sur l'absence d'urticaire, de pleurite et d'éosinophilie pour rejeter l'hypothèse d'un kyste hydatique : tous ces signes manquaient chez un malade de M. Chauffard que j'ai opéré, il y a peu de jours, pour une rupture de kyste dans les voies biliaires. Le malade avait une voussure à l'épigastre sur laquelle il ne donnait aucun renseignement; mais ce n'est pas sur ce signe que, d'ailleurs, interprétait différemment mon collègue, que je me basai pour établir le diagnostic. Peut-être faut-il en chercher la clef dans le mode de début des accidents. Il m'a semblé que ce début était plus brusque et plus violent que dans une lithiase biliaire ordinaire. Il est bien rare qu'une forte colique hépatique d'ordre lithiasique n'ait pas été précédée de sensibilité à l'épigastre, de petites crises pseudo-gastralgiques, et que, d'emblée, on assiste à ces violents accès allant jusqu'à la syncope. Il n'est pas moins rare de voir d'emblée s'établir une jaunisse durable et intense après une première crise. Ou bien il s'agit de crises dues à un calcul vésiculaire, et alors l'ictère manque ou est fugitif, ou il s'agit de crises dues à un calcul à migration cholédocienne précoce; la jaunisse s'installe, variable, avec petites poussées de fièvre, avec des crises douloureuses peu intenses et quelquefois d'une très faible durée; elles sont fréquentes, mais durent parfois à peine une dizaine de minutes.

Pour que le tableau diffère, il faut que l'angiocholite se soit ajoutée à la lithiase, mais il est habituel qu'elle ait été déjà depuis longtemps précédée de manifestations douloureuses.

Les choses se passent tout autrement dans bon nombre de rup-

tures de kystes hydatiques dans les voies principales. La douleur, dès le premier accès, est des plus violentes; l'ictère est d'emblée très accusé; s'il s'atténue, c'est pour reparaître bientôt, plus intense, en s'accompagnant de frissons et de fièvre; les vomissements sont fréquemment notés, ainsi que la diarrhée.

La brusquerie des accidents, leur intensité précoce et la rapidité de leur évolution, telles sont les nuances sur lesquelles on peut se baser pour soupçonner la rupture d'un kyste hydatique dans les voies biliaires principales; c'est sur elles, tout au moins, que je



me suis appuyé pour faire le diagnostic qu'a vérifié l'intervention opératoire.

Cela ne veut pas dire que certains kystes ne puissent pas simuler les accidents lithiasiques, si la rupture ne donne pas lieu immédiatement à de l'angiocholite et laisse simplement filer quelques petites vésicules à travers le cholédoque qu'elles dilatent; j'entends seulement que si les accidents acquièrent rapidement la gravité sur laquelle j'ai insisté, on doit songer plutôt à l'hydatide qu'au calcul. J'ai déjà signalé plus haut les cas de rupture sans ictères; il en est même où la douleur fait défaut, par exemple le cas de Le Gendre où l'angiocholite se traduisait par de l'ictère, de la fièvre et une grande faiblesse, du hoquet qui dura dix jours et des hématémèses, mais aucune douleur spontanée. Dans tous ces cas

que j'appellerais volontiers frustes, parce qu'il manque un symptôme ailleurs très accusé, on ne saurait prétendre dépister la cause des accidents; nos remarques, je le répète, ne s'appliquent qu'à ceux où le tableau symptomatique est au complet.

Le traitement de la rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires est tout naturellement d'abord prophylactique. La gravité de cette complication (sans parler des autres) est telle, qu'on ne saurait réellement, à l'heure qu'il est, comprendre la placidité des médecins qui gardent en observation, pendant quelques semaines, un kyste hydatique reconnu, ou bien encore s'attardent à le traiter par des ponctions.

Il est inutile d'insister davantage.

Le traitement chirurgical a été différent, suivant que les chirurgiens (sans presque jamais soupçonner la cause des accidents) ont jugé que la vésicule était seule en cause, ou bien au contraire que les voies principales étaient intéressées. On a donc fait des opérations sur la vésicule biliaire et des opérations sur les voies principales.

On pourrait encore envisager une troisième catégorie de faits, ceux dans lesquels on ne s'est pas occupé opératoirement des voies biliaires, tantôt parce que l'intervention des hydatides dans la pathogénie des accidents a été méconnue, tantôt parce que le diagnostic de la pénétration des hydatides à travers les voies biliaires, ayant été établi, on s'est contenté de parti pris d'agir sur le kyste.

Voici un exemple de l'un et l'autre cas. Il me paraît réellement peu prudent de borner son action à l'incision d'un kyste ouvert dans les voies biliaires, sans s'être assuré au moins par un examen minutieux de la vésicule, voire par une taille, qu'elle ne renferme aucune hydatide.

Observation de Rosenstein (1), communiquée à l'Union libre des chirurgiens de Berlin en janvier 1904.

Une malade succomba à une angiocholite suppurée après que le chirurgien eût ouvert plusieurs abcès du foie.

A l'autopsie, on trouva le canal hépatique distendu, du volume d'un œuf de poule, plein de membranes hydatiques et communiquant largement avec l'un des foyers hépatiques.

Hydatide du foie avec passage de petites hydatides à travers les voies biliaires simulant la lithiase (2).

(1) Analysé dans la *Presse médicale*, 9 avril 1904.

(2) *Melbourne Hospital.* Hydatid of the Liver, with passage of small cysts through Bile ducts, simulating gall. stones.

Under the case of Mr. G.-A. Syme. *The Lancet.* Feb. 24, 1906.

Le malade, homme de vingt et un ans, a été admis à l'hôpital de Melbourne le 1er mai 1905, dans le service du Dr Nihil. Il se plaignait de douleurs abdominales et de vomissements. La douleur est survenue subitement pendant le travail, le 29 avril, et a été très forte ; il a vomi et a eu un frisson presque immédiatement après le début de la douleur. La douleur était continuelle et l'empêchait de dormir. Les vomissements étaient très fréquents. Il était sensible de l'hypocondre droit et la partie droite de l'abdomen était tendue. T était de 100 degrés Fahr., le pouls à 96. Cœur, poumons, urines, normaux. La matité hépatique montait jusqu'au cinquième espace sur la ligne axillaire. Le 2 mai T. = 101°5 ; conjonctives jaunes, bile dans l'urine ; la douleur était encore très forte, survenant par paroxysmes ; le 4 mai on demanda à M. Syme de voir le malade ; ce matin-là, l'infirmier découvrit dans ses selles, tamisées, trois membranes semblant hydatiques. Un examen microscopique ultérieur montra que c'étaient des fragments de parois de kyste hydatique. L'opération fut décidée et le malade transféré dans le service de M. Syme.

Le 5 mai, après anesthésie à l'éther, l'aiguille à ponction introduite sur la ligne axillaire, dans le sixième espace, retira du pus ; une portion de la septième côte fut réséquée, la plèvre incisée et le diaphragme mis à nu ; les plèvres pariétales et diaphragmatiques furent réunies au catgut ; le diaphragme fut incisé et la surface du foie mise à nu.

Son apparence était normale. Un trocart et une canule furent plongés à une profondeur d'environ un *pouce*. Un liquide trouble fut retiré. Du sang frais sortit par le trocart. Le thermocautère fut appliqué le long du trocart et une ouverture fut faite au cautère dans un large kyste contenant un liquide trouble et demi-purulent, et de petites hydatides filles ainsi que de la bile sortirent. La cavité fut irriguée avec une solution saline et le kyste-mère fut enlevé. La paroi du kyste fut suturée à l'incision cutanée avec des sutures (en capiton) au fil de soie. Un drain fut indroduit et tout autour on mit de la gaze iodoformée. La bile continua à couler pendant longtemps, mais la convalescence fut ininterrompue. Le malade quitta l'hôpital le 12 juin.

Remarques de M. Syme. — Dans ce cas il peut y avoir un petit doute, quant aux symptômes. Ceux-ci ressemblaient primitivement à ceux d'un calcul biliaire. Il peut y avoir un certain doute sur le point de savoir si ces symptômes étaient dus au passage de petites hydatides filles à travers les voies biliaires dilatées, et à une infection ascendante du kyste venant de l'intestin.

J'ai vu à de longs intervalles deux cas semblables confiés aux soins de collègues et dont l'un ne fut reconnu qu'après la mort.

Nous passerons successivement en revue les opérations faites sur la vésicule biliaire et les opérations faites sur les voies principales.

1° *Opérations sur la vésicule biliaire.*

Dans le plus grand nombre des cas, on s'est contenté d'ouvrir la vésicule biliaire, de faire une cholécystotomie.

Chez un malade atteint d'un kyste ouvert dans la vésicule, j'ai eu recours à la cholécystectomie.

Cholécystotomie. — La cholécystotomie n'est acceptable que s'il est démontré par la situation du kyste et ses connexions qu'il n'a pu s'ouvrir dans les voies principales et encore que, si l'ictère a été de courte durée, qu'il a disparu au moment de l'intervention. Sinon, alors même qu'on trouverait dans la vésicule une cause explicative des accès de coliques hépatiques, il serait prudent d'ajouter à la taille vésiculaire, le drainage du cholédoque et de l'hépatique. La lecture d'une observation récente de Syers est à ce point de vue très instructive.

Obs. I. Observation de Syers (1). — Malade de trente-sept ans, entrée le 20 août 1903 à l'hôpital. Elle jouissait d'une bonne santé quand elle commença à se plaindre de douleurs épigastriques après le repas; pas de jaunisse; on fit le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Il y a un mois les crises douloureuses devinrent plus intenses et s'accompagnèrent de vomissements et de jaunisse. L'hypocondre droit présentait une tuméfaction douloureuse.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, on observe une malade maigre, chétive, à respiration rapide; coloration ictérique des téguments; au-dessous du rebord costal on sent une masse qui semble être la vésicule biliaire distendue, mais la face ne paraît pas augmentée de volume.

Il survient des poussées de fièvre; la tuméfaction de la région vésiculaire s'accentue et devient plus douloureuse; après quelques jours d'amélioration les accidents reparaissent; on se décide à opérer le 1er septembre : incision verticale, sous la 9e côte, sur la ligne semilunaire.

La vésicule biliaire, d'un volume normal, renferme des calculs; l'exploration ne fait découvrir nulle part ailleurs la cause de l'oblitération des voies biliaires.

La vésicule est incisée et débarrassée de ses trois calculs et la paroi abdominale refermée.

Les suites furent d'abord favorables; mais, le 8, le thermomètre remonte, les vomissements reparaissent, l'ictère s'accentue et la malade succombe le 18, avec les signes d'une péritonite aiguë.

A l'autopsie on trouva les altérations d'une péritonite purulente avec prédominance des lésions dans l'hypocondre droit. Un abcès situé dans le voisinage du sillon transverse s'est ouvert dans le péritoine. Après enlèvement du foie on découvre que la portion centrale de l'organe est

(1) Syers. *Lancet*, 1903, t. I, p. 1166.

le siège d'un énorme kyste hydatique suppuré ouvert dans le cholédoque.

Il est possible que l'ouverture du cholédoque n'eût pas prévenu la rupture de la poche dans le péritoine, mais il n'en était pas moins indiqué, en présence des signes d'une angiocholite, d'ouvrir la voie principale, et l'on peut soutenir que la diminution de tension qui en fût résultée aurait rendu moins probable les chances d'ouverture de l'abcès.

Obs. II. Observation de Page (1). — *Note sur un cas d'hydatide de la vésicule biliaire. Cholécystotomie. Guérison.*

Un homme de cinquante à soixante ans souffrait depuis cinq ans de crises douloureuses dans la région épigastrique, accompagnées de vomissements bilieux. Il les caractérisait « d'attaques bilieuses ». L'été dernier ces crises devinrent plus fréquentes et plus intenses. Enfin, en octobre dernier, le malade commença à maigrir. Depuis, la douleur et les vomissements sont continuels. Le 24 novembre, il est examiné par le Dr Martin, qui trouve une tumeur en rapport avec la face inférieure du foie, qu'il prit pour une vésicule biliaire distendue.

Le 9 décembre, opération. Le ventre est ouvert sur la ligne semilunaire droite et la vésicule biliaire mise à découvert. On aspire 12 onces d'un liquide clair et on recherche en vain dans le cystique le calcul qui expliquerait l'oblitération du col de la vésicule. On incisa la vésicule : à travers la vésicule, une hydatide flétrie fit saillie et on put l'extirper par morceaux. Mais il ne s'échappa aucun liquide bilieux; les bords de l'incision vésiculaire furent alors suturés à la peau. Pendant onze jours les suites furent apyrétiques mais le 23 décembre la température s'éleva; le pansement répandait une odeur nauséeuse et on découvrit qu'à travers la plaie s'engageaient des débris d'hydatides. Dès leur enlèvement un flot de bile s'échappa et la bile continua de couler jusqu'au milieu de janvier. Alors la fermeture fut obtenue, et le malade guérit.

Obs. III. Observation de Cavazzani (*Rivista Veneta*), 1896, p. 372. — *Kyste hydatique de la vésicule biliaire. Cholécystotomie. Mort.*

R... (Marie), de Venise, quarante-six ans. Vers la fin de sa seizième année, on avait remarqué au-dessous des fausses côtes, à droite, une petite tuméfaction indolente. Depuis, cette tuméfaction s'accrut et donna lieu à de très fortes douleurs avec fièvre et inappétence vers le mois de décembre 1895; puis les douleurs cessèrent et firent place à de l'ictère; celui-ci disparaît; quinze jours après, nouvelle crise de douleurs et d'ictère.

La tumeur avait encore augmenté, la face ne paraissait pas augmentée de volume. On pensa à un abcès du foie, sans exclure la possibilité d'un kyste hydatique suppuré comprimant les voies biliaires. La fièvre

(1) *Lancet*, 1898, t. I, p. 995. Il convient peut-être de faire des réserves sur le développement primitif d'une hydatide dans la vésicule.

avait progressé, variant entre 39 et 40 degrés, anorexie complète, vomissements, ictère intense, amaigrissement.

On pratiqua une laparotomie exploratrice, avec l'intention de modifier le plan opératoire suivant les circonstances. Incision sur le bord externe du droit étendue du rebord costal à un point correspondant au niveau de l'ombilic. On découvrit sous la face inférieure du foie une tumeur énorme limitée par une pellicule qui laissait transparaître un liquide gélatineux; l'exploration ne permit pas de découvrir la vésicule. A la partie supérieure de l'incision, la tumeur adhérait à la paroi abdominale. Après avoir suturé le péritoine avec l'enveloppe de la tumeur, le chirurgien l'incisa : il en sortit une très grande quantité d'hydatides de volumes variables. Le contenu pouvait être évalué à 2 litres. Lavage avec une solution de salicylate de proctanine, drainage.

Après l'opération la malade éprouva du soulagement, mais l'ictère ne se modifia pas; quatre jours après il se déclara une broncho-pneumonie droite diffuse avec fièvre et anémie cardiaque, qui amenèrent la mort dix jours après l'opération.

Le deuxième jour après l'opération, l'incision donna issue à de la bile.

A l'autopsie on vérifia l'existence de la pneumonie. Le sac drainé qui occupait le siège de la vésicule biliaire, montrait les restes de la muqueuse; le foie présentait les lésions de la cirrhose hypertrophique; il ne renfermait pas de kyste. Le cholédoque, l'hépatique et le cystique étaient remplis de bile.

Obs. IV. — Mütznadel. Inaug. Dissert. Iéna, 1889. — Observation de la clinique de Riedel. — *Kyste hydatique suppuré rompu dans la vésicule biliaire. Cholécystotomie. Guérison.*

J. W..., trente-quatre ans. Toujours bien portant. Ressent le 1er janvier 1885 une douleur intense dans la région épigastrique; pendant les deux semaines suivantes, mêmes douleurs, six, sept fois. En avril 1888, même crise, puis le 30 juillet et trois semaines durant. Huit jours après, ictère généralisé.

Le foie est très gros. 18 centimètres de matité verticale.

Le bord inférieur est palpable et paraît normal. On ne sent pas la vésicule.

Riedel pense à un kyste hydatique.

En août, nouvelle crise qui décide malade et chirurgien à l'opération, le 17 septembre 1888.

Incision verticale dans la région vésiculaire. Cholécystostomie. De la vésicule, il sort de la bile, puis du pus. Le doigt introduit sent sous le foie une tumeur grosse et fluctuante.

Du pus en quantité abondante coule de la vésicule. Le diagnostic de kyste hydatique infecté et rompu dans la vésicule est posé.

A travers la paroi postérieure de la vésicule, un trocart est enfoncé qui traverse 1 centimètre de parenchyme hépatique et pénètre dans le kyste; l'orifice de ponction est agrandi au bistouri, et par cette incision vésiculaire, le kyste est nettoyé, drainé.

En février 1889, le malade se porte bien, et conserve une fistule.

Obs. V. — Langenbuck Fall von Echinococcus des Gallenbl., n° 15, *Vereins beit*, p. 93. — *Kyste hydatique de la région vésiculaire probablement développé dans la vésicule. Incision. Marsupialisation. Guérison.*

L..., trente-huit ans, fit une chute le 28 avril de l'année précédente. Douleurs dans le dos et dans la région stomacale, et déjà en septembre on constate le développement progressif d'une tumeur dans l'hypocondre droit.

En février de cette année, un collègue fait une ponction exploratrice, qui retire du pus, et, en mai, le malade entre à l'hôpital.

Tumeur grosse comme une tête d'enfant dans l'hypocondre droit qui atteint l'ombilic, et présente une fluctuation profonde. On pense à un abcès du foie d'origine traumatique; pourtant, bon aspect général, pas de fièvre, pas de frissons, pas d'ictère, et la fluctuation était celle d'un kyste hydatique.

Laparotomie: kyste hydatique dans l'intérieur de la vésicule biliaire. Le kyste était situé dans la région vésiculaire, et on ne retrouvait rien qui ressemblât à la vésicule. Adhérences épiploïques. Marsupialisation. Multiples vésicules. Pas de crochets. Guérison normale.

Nous relevons encore dans notre bibliographie deux cas de cholécystostomie pour kystes kydatiques de la vésicule biliaire, l'un de Pinkerton, intitulé: Kyste hydatique de la vésicule biliaire, cholécystotomie, guérison. In his synops. Clin. surg 12° Salt lake City, 1893, et l'autre de Compaired, intitulé: « Cholécystotomie pour hydatides, rétention biliaire, guérison ». Clin. Navarra, Pamplona, 1887, IV, n° 3, et la *Correspondenzia medica* de Madrid, 1887, XXII (1).

Je n'ai pu me procurer ni le volume, ni le périodique à la Bibliothèque de la Faculté.

Obs. VI. — Observation personnelle. — *Kyste hydatique du foie au voisinage de la vésicule biliaire, et rompu dans cette vésicule. Excision du kyste et cholécystectomie. Guérison.*

M. X..., âgé de vingt-quatre ans, avait été opéré par moi deux ans auparavant pour un énorme kyste hydatique du petit bassin siégeant juste au-dessus des releveurs de l'anus, et remontant jusqu'à l'ombilic. Déjà, à cette époque, on pouvait sentir un peu à droite de la ligne médiane et sous le rebord costal une tumeur assez mobile, indolente, paraissant bien appartenir au foie. L'interprétation de cette tumeur, vue par beaucoup de notabilités médicales, avait été différente. Le malade ne se souciait pas d'une nouvelle opération et restait dans le *statu quo*, quand, pendant l'été de 1900, se trouvant en villégiature, il fut pris à plusieurs reprises de douleurs vives de la région hépatique,

(1) Indications d'après l'Index Catalogue 1901. Art. Gall-Bladder.

bientôt suivies d'un ictère passager. Comme ces crises avaient été précédées de troubles digestifs gastriques et intestinaux, on les rapporta à ces dernières. Au mois d'octobre, le malade eut de nouveau des crises douloureuses, mais cette fois des plus violentes, auxquelles j'assistai, et qui avaient tous les caractères d'une colique hépatique. Elles furent suivies d'un ictère qui persista plusieurs jours, et d'accès fébriles.

Mon collègue Tapret et moi, soupçonnant l'intervention des hydatides dans la pathogénie des accidents, bien qu'il n'y eût pas grand changement dans la tuméfaction sous-costale, conseillâmes d'examiner quotidiennement les garde-robes.

On y découvrit une petite vésicule flétrie grosse comme une noisette, qui me fut remise, et dont l'examen microscopique démontra bien la nature hydatique.

L'opération fut décidée, et j'opérai le malade en janvier 1901, en présence de notre regretté collègue et ami Bouilly. A ce moment, l'état du malade était bon ; il n'y avait plus ni fièvre ni ictère.

Je trouvai un kyste hydatique du bord antérieur du foie, mobile, bien détaché du foie, mais fusionné d'une part avec le grand épiploon, et d'autre part avec la vésicule biliaire. J'enlevai en une seule masse épiploon, vésicule biliaire et kyste, dont je ne laissai qu'une cupule correspondant à l'insertion hépatique. Les suites opératoires furent simples, et la guérison obtenue sans incident.

L'examen de la pièce montra une fusion complète du kyste et de la vésicule, et une perforation de la cloison qui séparait les deux cavités pouvant admettre un crayon. Il n'existait pas d'hydatides dans la vésicule biliaire ; d'autre part, ce kyste renfermait un grand nombre de vésicules dont quelques-unes non flétries ; et le kyste n'était pas suppuré.

2° *Opérations sur les voies principales.*

Obs. I. — O. de Duval. — *Kyste hydatique rompu dans les voies biliaires principales. Cholédocotomie. Guérison.*

Mme C..., cinquante-six ans, présente, le 6 juillet, les symptômes suivants : grand frisson qui dure un quart d'heure, accompagné d'une douleur dans la région rénale et hépatique tellement vive qu'elle se roule par terre et perd connaissance. La crise dure une heure. Ces douleurs se reproduisent pendant cinq jours. Durant ce temps, un ictère franc s'est installé avec décoloration complète des matières fécales. Durant les trois semaines suivantes, la malade présente quatre crises analogues à la première, l'ictère persiste, mais les selles se sont recolorées à la troisième crise.

Le 28 juillet se produit la dernière crise, elle dure une heure. Dans l'après-midi, la malade est prise de frissons répétés, sans point de côté ni toux. Elle est immédiatement transportée à Cochin dans le service de M. Widal, que suppléait alors M. Lemierre.

A l'examen du 29 juillet, on constate un ictère intense. Les

muqueuses de la face sont couvertes de vésicules d'herpès. Le foie est gros, douloureux et déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. La région de la vésicule biliaire apparaît douloureuse à la pression.

L'examen des poumons ne révèle aucun foyer. Ses urines sont très colorées ne contiennent pas d'albumine, pigments biliaires. Température matin 39°9, soir 40°2.

Le 30 juillet, la malade est dans le même état, néanmoins la température n'atteint que 39°3 le soir.

Le 31 juillet elle baisse à 38° 2 le matin, mais le soir elle remonte à 40°2 avec un cortège de signes inquiétants : frissons répétés, nausées, douleurs violentes dans la région hépatique.

M. Duval examine la malade le 1er août avec M. Lemierre et, devant le diagnostic évident d'angiocholite aiguë, propose d'établir le drainage des voies biliaires.

La malade est transportée au pavillon Pasteur, où elle est opérée le jour même.

Incision de Kehr. Vésicule de volume moyen remplie de bile, sans calculs, pas de péricholécystite ; l'hiatus de Winslow est libre. La palpation du cholédoque et de l'hépatique ne révèle rien d'anormal. Cholédocotomie sus-duodénale. Il s'écoule une bile d'apparence normale, sans mucosités et sans pus.

L'examen bactériologique fait par M. Lemierre démontra qu'elle contenait du colibacille hypervirulent.

M. Duval agrandit la taille biliaire, faisant ainsi une hépatico-cholédocotomie. Drainage de l'hépatique en poussant le drain aussi haut que possible.

A 3 heures, la température n'est plus que de 38°2, le poul est à 104.

A 8 heures le pouls est à 90, la température à 38°3.

Le lendemain 2 août la température est à 36°4, le pouls à 82. Le soir, température 38 ; pouls 96°; puis tout rentre dans l'ordre. Les quantités de bile évacuées sont journellement de 110, 200, 120 grammes.

Le 5 août soir, le 5e jour après l'opération, à 4 heures, la malade est prise de frissons répétés, sa température s'élève à 39°2 et le pouls à 116. Cinq heures après, le thermomètre monte encore et atteint 40°1. Les mèches sont enlevées.

Le 6 août matin 36°4 et 75 de pouls, mais il n'a coulé que 10 grammes de bile. M. Duval fait alors dans le drain hépatique de l'aspiration avec une seringue de Guyon.

Rien ne vient tout d'abord, puis brusquement la seringue s'emplit d'un mélange de bile et de membranes flétries.

L'examen hystologique confirme ce que le simple aspect de ces membranes permettait déjà d'affirmer ce sont des membranes d'hydatides.

A partir de ce moment la guérison est régulière; le pouls et la température oscillent autour de la normale.

L'aspiration est pratiquée chaque jour et chaque jour ramène des membranes en quantités variables jusqu'au 25 août. A partir de ce moment, la fistule biliaire se ferme d'elle-même et la malade part guérie.

Obs. II. — *Sasse* (1). *Angiocholite chalédocotomie. issue par l'incision d'hydatides. Guérison.*

F. trente-trois ans, a présenté des crises douloureuses dans l'hypocondre droit l'année précédente. Depuis quelques jours présente de la fièvre, 41° avec frissons. Le foie est gros, douloureux à la pression, *pas d'ictère.*

Opération en mai 1903. Grosse vésicule remplie de liquide trouble : pas de calcul.

Le cholédoque est très dilaté, bordé de gros ganglions. Une ponction faite dans la voie principale retire un liquide purulent. Cholédocotomie, Il s'échappe aussitôt de petites vésicules et des membranes hydatiques.

Dans le lobe gauche du foie, on trouve un kyste à contenu purulent. Il est incisé, évacué, tamponné. Drainage de l'hépatique.

Guérison, le 10 juin 1903.

Obs. III. — *Sasse. Angiocholite cholédocotomie, issue par l'incision de vésicules hydatiques. Guérison.*

(Obs. résumée). F. quarante-trois ans, présenté en 1899 des coliques hépatiques suivies d'un ictère intense qui dure 6 semaines. En 1900, accouchement normal; en 1901 nouvelle crise suivie d'un ictère qui dure 3 mois. En avril 1903 nouvelle crise, le 28 mai 1903 ictère intense, le foie est gros, douloureux. Le 29 mai laparotomie. Adhérences péricystiques, pas de calculs biliaires. Cholédocotomie. La bile est infectée; il sort de la voie principale des vésicules hydatiques.

Dans le lobe gauche du foie, on trouve un kyste à contenu purulent. La curette introduit par le cholédoque pénètre dans le kyste. Marsupialisation. La guérison est obtenue difficilement.

Obs. IV. — *Garré. 2 cholédocotomies successives* (2). *issue d'une vésicule hydatique. Guérison.*

F. quarante-quatre ans, ictérique depuis 1902, a présenté fréquemment des coliques hépatiques. 21 août 1903 laparotomie. Calcul dans la vésicule. Cystostomie. Cholédocotomie sans résultat.

1er octobre 1903 ictère avec fièvre. Cysticotomie puis cholédocotomie. Issue d'une vésicule hydatique grosse comme une noix. Dans le cystique seconde vésicule. Drainage de l'hépatique. Guérison.

Le kyste hépatique originel n'est pas trouvé.

Obs. V. — *Rausch* (*Kehr*) *hepaticusdrainage pour une cholerragie, issue d'une hydatide. Guérison.*

Le cas de Kehr, rapporté par Rausch (3), est un drainage de l'hépatique fait pour lutter contre une cholerragie totale pour un kyste hy-

(1) Sasse. Ueber den Verschluss der D. Choledocus durch Echinokoccusblasen, *Arch. f. klin. chir.* 1904, Bd. L, p. 956.

(2) Garré in Stiéda. Beitrage zur Chirurgie der Galleniwege, *Beitr. z. klin. Chirurgie*, Bd, XLVII, hft 3.

(3) Rausch. *Munchener méd. Woch.* 1905.

datique marsupialisé. Trois semaines après, la vésicule hydatique qui oblitérait la voie biliaire fut évacué par le drainage hépatique. Guérison.

Obs. VI. — *Terrier* (1). *Kyste hydatique du foie infecté par voie ascendante. Suppuration puis ouverture du kyste dans les voies biliaires principales. Calculs secondaires. (Cholécystectomie). Ouverture du cholédoque et de l'hépatique. Drainage. Evacuation de la cavité kystique. Mort à la fin de l'opération, 5 juin 1906.*

Obs. VII. — *Beyer* (2). *Diagnostic lithiase biliaire, calcul du cholédoque, gros foie. Cholédocotomie puis (cholécystentérostomie) au bouton. Débris d'hydatide dans la vésicule. Mort.*

H. quarante-huit ans. En 1900-01 première crise douloureuse dans le flanc droit, puis trois crises dans l'année. En novembre 1902, nouvelle crise suivie d'ictère, et de décoloration des fèces pendant 3 jours.

En mars, avril, mai, juin 1903 crises.

Dans leur intervalle santé parfaite.

Depuis la dernière crise, douleurs persistantes dans la région stomacale, appétit disparu. Entre l'avant-dernière et la dernière crise apparaît une tuméfaction douloureuse dans la partie gauche du ventre; cette tuméfaction serait disparue lors de la dernière crise qui eut lieu le 17 juillet 1903; cette crise a été accompagnée d'ictère.

Le 21 juillet entrée à la clinique.

Ictérique, 37°5, pouls 80.

Tuméfaction légère à l'hypogastre et douloureuse; foie plus gros que normalement, sensibilité maxima dans la région vésiculaire.

La palpation ne permet pas de sentir quoi que ce soit à cause de la contracture pariétale.

Diagnostic : lithiase biliaire, calcul du cholédoque, gros foie.

Le 22 juillet aggravation des douleurs; le 23, pouls 95, température 38·5; réaction péritonéale sous-hépatique.

Opération. — Ascite ; adhérences périvésiculaires. Cholédoque dilaté. Cholédocotomie. La sonde pénètre librement dans le bout supérieur, mais ne peut pénétrer dans le duodénum ; on sent une résistance molle; pas de calculs.

Cholécystentérostomie au bouton. Cholécystotomie. La vésicule contient un débris de vésicule hydatique. Mort le 24 au matin en pleine péritonite.

Nécropsie. — kyste du lobe gauche du foie rompu sur son dôme, du côté du diaphragme. Entre le diaphragme et le foie (lobe gauche) foyers purulents multiples, et une mince couche de pus au-dessus du lobe droit.

Pas de vésicules dans la voie biliaire principale. Le cathétérisme ascendant du cholédoque est très facile.

(1) Voir *Bulletin Soc. chir.*, 24 oct. 1906.

(2) C Beyer. Coïncidence de coliques hépatiques et de kyste hydatique du foie, *Deutsche zeitschrift f. Chirurgie*, t. LXXII, p. 71, 1904.

La dilatation du cholédoque est rapportée *à la présence antérieure d'un calcul.*

La vésicule contient des « fragments de concrétion » « petits, allongés, noirs ».

Obs. VIII. — Quénu. *Kyste hydatique rompu dans l'hépatique. Angiocholite. Diagnostic fait : rupture d'un kyste dans les voies biliaires principales. Cholécystectomie, cholédoco-hépaticotomie. Mort.*

J. J..., âgé de cinquante-quatre ans, ébéniste, entre à la salle Boyer le 19 novembre 1906 venant du service de notre collègue et ami Chauffard, qui nous l'adresse avec le diagnostic d'angiocholite de cause discutable.

J. J... n'a eu comme maladie qu'une variole, en 1870; il présente une certaine voussure à la région épigastrique, dont il fait remonter le début à l'époque de sa variole.

Il se portait bien en septembre dernier, quand, le 16 octobre, à 11 heures du soir, il fut pris d'une violente colique abdominale qui dura vingt minutes. La douleur était tellement violente qu'il ne pouvait faire un mouvement dans son lit; il était angoissé, gêné dans sa respiration par la sensation d'une barre de fer qui l'aurait traversé de la fosse iliaque gauche à l'hypocondre droit. Au bout d'une vingtaine de minutes, la douleur s'atténua, puis se calma tout à fait, et le lendemain il put reprendre son travail; quatre jours après il fut le soir pris de frissons et dut se coucher; le lendemain, en se réveillant, il s'aperçut qu'il était jaune; c'est alors qu'il entra (22 octobre) dans le service de M. Chauffard. A ce moment, il avait été repris de douleurs dans la région du foie; il se plaignait d'insomnie et d'avoir la tête lourde.

Le malade resta en observation dans le service de médecine du 22 octobre au 17 novembre; on avait relevé l'existence de la tuméfaction épigastrique paraissant bien se continuer avec la matité hépatique. La température, le pouls, et même le poids furent chaque jour soigneusement enregistrés : la température, à 37°8 au moment de l'entrée, oscilla entre 37 et 37°6, puis redevint normale du 31 au 4 novembre; à ce moment il y eut une poussée fébrile. A 4 heures du soir, 39°6; à 5 heures matin, 38°8, et le soir, 38°,6; et le malade ne cessa d'avoir de la fièvre jusqu'à son passage en chirurgie. Le pouls se maintint au voisinage de 80 à 86; l'élimination de l'urée était accrue, surtout dans les derniers jours (jusqu'à 34 grammes).

Le poids, qui était de 63 kilogrammes à l'entrée, était tombé à 59 kilogrammes le 16 novembre.

Leucocytose : 15.000, le 7 nov.; 11.600, le 9; 11.700, le 11; pas d'éosinophilie.

Le 17 novembre, l'ictère est très intense; l'intensité aurait varié d'un jour à l'autre depuis un mois; matières complètement blanches, urines très fortement chargées en pigments biliaires.

En palpant le ventre, on sent une grosse tuméfaction épigastrique descendant presque jusqu'à l'ombilic et semblant développée aux dépens du lobe gauche.

Diagnostics portés :

M. Chauffard : calcul du cholédoque et abcès du lobe gauche.

M. Duval : Tumeur de la tête du pancréas avec infection biliaire.

M. Quénu : Kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires.

Opération le 21 novembre. Incision en baïonnette, le malade en incurvation dorsale; on arrive immédiatement sur la face convexe du foie irrégulière et soulevée par une saillie mamelonnée jaunâtre nettement fluctuante offrant assez l'aspect d'un néoplasme. Une ponction faite avec une fine aiguille donne issue à un liquide trouble, d'aspect purulent.

Ponction avec le trocart moyen de l'appareil Potain; on a la sensation de pénétrer dans une cavité volumineuse. En retirant le trocart, il sort une petite vésicule; j'injecte une petite quantité de formol à 1 p. 100, puis j'agrandis l'ouverture du kyste, et il en sort une quantité infinie de vésicules de différentes tailles; les plus grosses ont le volume d'un œuf de poule; elles renferment la plupart du liquide clair qui contraste avec le liquide trouble (et septique, comme l'ensemencement fait par M. Chauffard l'a démontré) de la grande poche.

D'autres vésicules sont flétries et jaunâtres. Nous ramenons encore la membrane fertile de la grande poche par lambeaux teintés de bile; une sorte de boue biliaire occupe le fond de la poche. Tout dans le fond de la poche, on aperçoit un orifice admettant le bout du petit doigt et dans lequel disparaît un stylet : c'est évidemment l'orifice de communication avec les voies biliaires.

On tamponne provisoirement la cavité avec de la gaze stérilisée, et nous allons à la recherche des voies biliaires principales.

Le grand épiploon adhère au foie et coiffe la partie la plus saillante de la face inférieure de la tumeur, enveloppant de plus la vésicule biliaire. On le résèque après l'avoir détaché de ses adhérences.

Le côlon est également détaché et récliné.

La vésicule biliaire est dilatée. Cholécystotomie; on retire un liquide clair, filant, non coloré par la bile. Le cystique est oblitéré au niveau de son insertion sur la vésicule; on résèque la vésicule et on reprend le tronçon du cystique, qui est détaché et conduit au cholédoque, non sans de grandes difficultés.

Petit suintement au niveau de la veine porte, qui est arrêté à l'aide d'une ligature latérale. Le cholédoque est incisé; il est vide; on ne pénètre pas facilement avec le stylet dans l'hépatique, on est comme arrêté par une coudure. Marsupialisation du kyste, tamponnement.

L'opération a été assez longue; le malade se réveille trois quarts d'heure après l'opération; pouls à 96, bien frappé; puis il retombe dans une somnolence comateuse; le pouls reste à 96. Mort à 5 heures de l'après-midi.

Relation de l'autopsie faite par M. Mathieu.

Par l'incision opératoire ouverte à nouveau et agrandie par la partie inférieure, on commence par explorer la cavité péritonéale. Aucune trace de péritonite n'existe; il n'y a aucun exsudat entre les anses

intestinales. Pas de sang dans la région sus-hépatique. La rate est assez grosse, de consistance très molle.

Le duodénum et le pancréas sont décollés au niveau de leur face postérieure; l'estomac, le jéjunum sont sectionnés entre deux ligatures, le foie détaché, et l'on peut retirer de l'abdomen une pièce comprenant l'ensemble du foie, du petit épiploon, du pylore, du duodenum et du pancréas.

* * *

Le foie contient une cavité kystique vidée par l'opération, à parois épaisses de 3 millimètres environ, non revenues sur elles-mêmes. Cette cavité siège sur le bord antérieur du foie vers la moitié de ce dernier, elle affleure aussi bien à la face supérieure qu'à la face inférieure du viscère; en somme elle entaille fortement la partie moyenne du bord antérieur du foie. Elle a le volume d'une tête d'enfant, présente une forme régulièrement arrondie avec deux petits diverticules, dont l'un, à contenu purulent, a été vidé par l'opération dont l'autre siégeant comme le précédent vers la partie droite du kyste est trouvé vide à l'autopsie. D'ailleurs tout le kyste est vidé, on n'y trouve pas une seule vésicule hydatique.

Le cholédoque, repéré au-dessus de sa traversée pancréatique est gros comme un crayon ordinaire. Sa paroi a une consistance normale. Plus haut, on trouve sur ce canal une longue incision opératoire qui conduit dans l'hépatique également incisé par prolongement de l'incision cholédocienne. Avec les ciseaux on incise d'une façon continue l'hépatique et ses branches. Les deux grosses branches de bifurcation du conduit biliaire sont écrasées de haut en bas par la paroi du kyste confondue avec la paroi des canaux hépatiques droit et gauche.

Les ramifications du canal hépatique droit sont poursuivies jusque dans l'épaisseur du parenchyme hépatique. On n'y trouve pas de trace de bile, mais un peu de liquide séro-purulent. Pas de bile dans l'ensemble des canaux biliaires intra-hépatiques.

Au niveau de la branche droite du canal hépatique, perforation du kyste faisant communiquer canal et kyste, assez large pour laisser passer l'extrémité de l'index.

Deuxième perforation à la bifurcation de l'hépatique, de même largeur que la précédente.

Pas de bile, pas de vésicules dans les voies biliaires extra-hépatiques.

Pancréas normal, de forme et de consistance.

Si nous analysons les résultats des opérations faites sur la vésicule biliaire, nous relevons sur 8 interventions (7 cholécystotomies et 1 cholécystectomie) 2 morts et 6 guérisons.

Les deux morts concernent les cas de Syers et de Cavazzani.

Dans le cas de Syers il existait de l'ictère et de la fièvre en même temps que des crises douloureuses. On ouvre la vésicule, on y trouve des calculs et on ne va pas plus loin. Naturellement

les phénomènes d'angiocholite persistent, et ils eussent vraisemblablement enlevé le malade, si ce dernier n'avait pas rapidement succombé à la rupture d'un abcès dans le péritoine.

Dans le cas de Cavazzani il existait de la fièvre, des douleurs et un ictère intense. On aurait soupçonné la possibilité d'un kyste ouvert dans la vésicule ; or on se borna à ouvrir une poche remplie d'hydatides, poche paraissant être la vésicule biliaire. La malade mourut de pneumonie. Il n'en est pas moins noté que l'ictère ne s'était pas modifié après l'opération.

Dans les six autres cas, la guérison fut obtenue. Dans l'observation de Page, le malade offrait le syndrome d'une lithiase vésiculaire. On ouvrit la vésicule et on trouva une hydatide, mais il ne s'écoula pas de bile ; ce n'est que onze jours après que l'issue de débris d'hydatides désobstrua le cystique et livra passage à un flot de bile.

Dans le cas de Riedel, il avait existé de l'ictère à la suite de crises douloureuses répétées, le foie était gros. Riedel avait pensé à un kyste hydatique. La vésicule ouverte il en sortit du pus, mais on sentait de plus sous le foie une tumeur fluctuante que le chirurgien évacua par la vésicule en enfonçant à travers la paroi postérieure de celle-ci un trocart.

Dans le cas de Langenbuch, il existait une très grosse tumeur dans l'hypocondre droit ; ni fièvre, ni teinte ictérique. On se borna à ouvrir le kyste et à le marsupialiser. Du fait de n'avoir pas retrouvé la vésicule, on en conclut que le kyste était développé dans la cavité.

Enfin dans notre cas personnel le diagnostic de kyste hydatique ouvert dans la vésicule avait été porté et fut vérifié par la laparotomie ; il n'existait ni fièvre ni jaunisse au moment de l'opération.

Nous avons dû nous borner à citer avec leur simple résultat les deux opérations de Pinkerton et de Compaired.

En résumé, dans les deux seules observations suivies de mort, les signes d'une angiocholite aiguë étaient manifestes ; par conséquent les accidents n'étaient pas localisables d'une manière exclusive dans la vésicule : l'indication, après avoir ouvert le sac biliaire, était donc d'aller plus loin et d'ouvrir les voies principales ; c'était le meilleur moyen de traiter l'angiocholite, c'était le seul aussi de parer aux accidents pouvant résulter de l'ouverture d'un kyste ignoré dans le cholédoque. Or en fait cette rupture dans le cholédoque existait dans le cas de Cavazzani.

Dans tous les autres cas où la clinique aidée de l'exploration opératoire avait cantonné les lésions dans la voie indirecte, l'intervention sur celle-ci a suffi pour amener la guérison.

Les huit opérations pratiquées sur les voies principales ont donné cinq guérisons (deux cas de Sasse, cas de Duval, Garré, Rausch) et trois morts (cas de Beyer, Terrier et cas personnel).

Dans l'observation de Terrier la malade était tellement épuisée et affaiblie au moment de l'opération qu'elle mourut à peine celle-ci achevée.

Dans notre cas personnel, l'ouverture du cholédoque n'amena aucun écoulement de bile ; les conduits hépatiques étaient obstrués par du pus.

Dans l'observation de Beyer il est dit qu'une cholédocotomie fut d'abord pratiquée, puisque, la sonde ne pouvant pénétrer dans le duodénum, on ajouta une cholécystentérostomie au bouton. La mort survint le lendemain en pleine péritonite, et chose curieuse l'autopsie ne semble pas avoir révélé la cause qui s'était opposée à la pénétration de la sonde dans le bout inférieur car dit, la relation nécropsique, « le cathétérisme ascendant du cholédoque est très facile ».

Nous ne comprenons pas très bien l'utilité de cette opération anastomotique supplémentaire. L'indication première était le drainage, et si la vésicule était perméable il eût peut-être mieux valu s'en tenir à ce drainage indirect que d'aboucher la vésicule avec le duodénum.

L'enseignement pratique à tirer de tous ces faits me paraît pouvoir ainsi se résumer :

Lorsqu'on intervient pour des accidents analogues à ceux que produisent des calculs biliaires, et que soit avant d'opérer, soit au cours de l'opération, on découvre une tumeur d'apparence kystique, on doit songer à une rupture de kyste hydatique dans les voies biliaires. L'action chirurgicale peut se limiter à la vésicule biliaire ou s'étendre à la voie principale. Elle pourra se limiter à la vésicule biliaire lorsque les symptômes observés cliniquement auront été uniquement ceux d'une lithiase vésiculaire, avec fièvre temporaire et ictère passager, lorsqu'au moment de l'intervention il n'y aura ni fièvre, ni jaunisse, lorsqu'enfin l'exploration montrera que la poche avoisine nettement la vésicule ou se confond avec elle.

L'opération la plus simple est la cholecystotomie; elle peut être suffisante ainsi qu'en témoignent les succès obtenus.

Mais souvent, d'autre part, la vésicule a été trouvée malade, ulcérée, renfermant parfois des calculs ; il peut y avoir intérêt à la supprimer en même temps qu'une partie du kyste, si toutefois l'état des parties malades ne fait pas prévoir une opération par trop laborieuse. La cholecystectomie peut donc dans certains cas être préférée à la cholécystotomie.

2° Lorsqu'on intervient pour des accidents d'angiocholite, qu'ils aient éclaté d'emblée ou qu'ils aient suivi le syndrome propre à une lithiase vésiculaire, qu'il y ait ou non, au cours de l'opération, constatation de kyste, l'indication primordiale est de parer aux accidents d'infection biliaire : c'est d'ouvrir largement la voie principale.

Diverses circonstances peuvent se présenter : le ventre ouvert, on ne constate d'abord aucune tumeur; on ouvre le cholédoque et, comme dans les deux cas de Sasse, dans ceux de Garré et de Terrier, c'est l'issue d'hydatides ou de débris d'hydatides qui vient dévoiler la nature de l'obstruction.

L'indication toute naturelle est de faire ce qu'a fait Terrier : nettoyer le cholédoque et l'hépatique d'ordinaire très dilatés, tâcher d'extraire, au besoin avec la curette, la boue biliaire, les vésicules flétries ou leurs débris, etc., et rechercher, avec l'explorateur métallique à bout olivaire, si la perméabilité existe au-dessus comme au-dessous de l'incision cholédocienne.

Sera-t-il nécessaire d'ajouter à ces manières le ramonage du cholédoque de Kehr après taille préalable du duodénum, comme semble, avec réserves d'ailleurs, nous le proposer M. Duval? Je ne le crois pas. Le bout dont la perméabilisation immédiate nous importe, c'est le bout supérieur. S'il reste quelques débris entre l'incision et l'ampoule, il est bien permis de compter sur leur fragmentation et sur leur expulsion secondaire, et ni le même raisonnement, ni la même pratique, ne peuvent s'appliquer à l'hydatide friable et au calcul.

Les hydatides ou les lambeaux de vésicules ne se présentent pas toujours immédiatement à l'incision du cholédoque. C'est là un fait très intéressant que nous apprend l'observation de M. Duval : chez sa malade, l'issue des hydatides n'eut lieu que le cinquième jour, après avoir donné lieu à une obstruction des conduits biliaires dont triompha l'aspiration pratiquée avec la seringue de Guyon; c'est même là une manœuvre à retenir.

Lorsque des hydatides sont expulsées par l'ouverture du cholédoque, le chirurgien est tout naturellement conduit à rechercher le kyste; on l'a découvert dans les observations de Sasse et dans celle de Terrier. Il va de soi que l'ouverture doit être suivie de la marsupialisation, dans la plupart de ces cas où le kyste est infecté. Lorsqu'au contraire rien ne s'échappe par la taille cholédocienne que de la bile ou du pus, la poche kystique passe inaperçue, témoin la malade de M. Duval; et on le conçoit d'autant mieux qu'il s'agit souvent de kystes petits et profondément cachés, soit dans le lobe de Spiegel, soit ailleurs, mais plus ou moins près du

hile du foie (1). Qu'en arrive-t-il de ces kystes? Leur drainage par l'hépatique ouvert est-il suffisant pour amener leur rétraction? C'est probable, mais il y a là des réserves à faire, et M. Duval n'a pas manqué d'y souscrire.

Troisième circonstance, enfin : le kyste a été soupçonné, ou tout au moins il se présente d'emblée au chirurgien.

S'il est assez volumineux comme dans notre cas, on est tenu de s'occuper de lui d'abord, car il gêne, il tient de la place. Je n'ai pas hésité à introduire une petite quantité de formol avant de l'ouvrir largement et de le débarrasser de tout son contenu. Mais ces kystes ainsi placés au devant de la région opératoire peuvent créer de grandes difficultés, ils sont enflammés et adhérents; le nôtre adhérait, partout, à l'épiploon qu'il a fallu réséquer, au gros intestin qu'il a fallu détacher et récliner, et alors seulement, la vésicule put être mise à découvert. Il n'a pas été facile d'arriver sur le cholédoque; l'hiatus de Winslow était oblitéré, le kyste était fusionné avec l'hépatique, et ce n'est qu'en suivant pas à pas d'abord la vésicule détachée puis le cystique friable, déchiré et repéré, que nous pûmes arriver sur le cholédoque. Rien ne sortit par l'incision, ni vésicules hydatiques, ni bile; il ne s'écoula pas davantage de liquide biliaire dans les heures qui suivirent l'opération. L'autopsie nous en donna la raison, en nous montrant l'obstruction par du mucopus des voies intra-hépatiques.

Dans l'observation de Kehr, la situation a été toute spéciale puisque le kyste avait été ouvert et que l'ouverture de l'hépatique s'adressait, non à une angiocholite, mais à une cholerrhagie se faisant dans le kyste marsupialisé. L'hépaticotomie permit l'issue d'une vésicule hydatique qui obstruait le conduit et avait occasionné la cholerrhagie.

Un dernier point resterait à discuter; faut-il, dans ces cas d'angiocholites, toujours sacrifier la vésicule ou parfois se contenter de l'hépatico-cholédocotomie, comme l'a fait M. Duval.

Lorsque la vésicule paraît malade, lorsque les difficultés de recherche du cholédoque s'annonçent devoir être considérables comme dans notre cas personnel, il n'y a pas de doute, il faut commencer par la cholécystectomie et suivre le cystique comme un fil d'Ariane. Mais si la taille du cholédoque est directement aisée, et si aucune apparence ne plaide contre le réservoir de la bile, pourquoi le sacrifier et ajouter encore au traumatisme? La conduite conservatrice de M. Duval me paraît donc très soutenable.

(1) Garré n'a pas trouvé le kyste, bien qu'averti de son existence par l'issue d'hydatides de l'incision cholédocienne.

Cependant je n'hésiterais jamais, en pareils cas, si j'avais reconnu dès l'abord ou chemin faisant la nature hydatique de l'angiocholite, à ouvrir la vésicule biliaire, afin de m'assurer qu'il ne s'y est pas glissé quelque hydatide.

Communication.

Cancer du côlon transverse.
Extirpation. Guérison en quatre séances opératoires,

par M. BAZY.

Les cas de cancer du côlon opérés ne sont pas si fréquents qu'on ne puisse, avec quelque opportunité, en publier des cas, surtout si, de leur étude, la pratique peut retirer quelque enseignement. C'est à ce titre que je publie l'observation suivante :

Mme Ch..., cinquante-sept ans, est soignée par le Dr Girerd, d'Ivry, qui constate l'existence d'une tumeur siégeant au-dessus de l'ombilic dure, ferme, irrégulière, mobile dans le sens vertical, moins dans le sens transversal, sans troubles gastriques, avec troubles intestinaux, alternative de constipation et de diarrhée, avec glaires et sang dans les garde-robes, amaigrissement, perte des forces et de l'appétit, teinte jaune paille très accentuée.

Il appelle en consultation le Dr Launay : ils diagnostiquent un cancer du côlon transverse et proposent une intervention. Dès qu'il est question d'intervention, le fils de la malade, dont j'avais opéré la femme pour une hydronéphrose intermittente dont j'ai publié l'observation dans la *Tribune médicale,* veut avoir mon avis et me confie le soin de faire l'opération.

Je ne peux que confirmer l'opinion de nos deux confrères et je demande à mon ami Launay de vouloir bien m'assister, puisqu'il avait vu la malade avant moi.

Mon plan était le suivant, la tumeur me paraissant suffisamment mobile pour pouvoir être enlevée complètement.

La tumeur étant reconnue extirpable, on doit :

1° L'enlever en la détachant, ainsi que la portion d'intestin qui la porte, de ses connexions anatomiques; pour cela, faire une résection intestinale plus ou moins étendue;

2° La continuité de l'intestin étant interrompue, il faut la rétablir.

Ces divers temps peuvent être exécutés en une séance ou bien au contraire en plusieurs.

J'ai préféré, pour les raisons que j'exposerai, exécuter cette opération en plusieurs séances.

Mon plan était le suivant, calqué du reste sur les procédés de Paul et de Reclus.

Première séance. — Extérioriser la tumeur en l'attirant en dehors avec une quantité suffisante d'intestin.

Deuxième séance. — Couper la tumeur et l'intestin au ras de la peau. On a ainsi un anus contre nature avec deux orifices : celui du bout cæcal, celui du bout rectal, accolés sur une certaine étendue et séparés par un éperon.

Troisième séance. — Etablir une communication facile entre ces deux bouts par la section de cet éperon.

Quatrième séance. — Fermeture de l'orifice intestino-cutané.

C'est ce programme que j'ai rempli.

Le 24 décembre 1905, avec l'aide de mon ami Launay, j'exécute le premier temps de cette opération.

Incision médiane sur la tumeur de 15 centimètres environ. La tumeur est mobile, elle est unique; il n'existe pas d'autres noyaux en dehors de la masse que nous avons sous les yeux; celle-ci mesure 10 centimètres de long au moins sur 7 à 8 de large.

Pour l'attirer plus facilement à l'extérieur, je coupe d'abord l'épiploon gastro-colique, puis le grand épiploon. Je coupe ensuite le méso-côlon assez loin de l'insertion intestinale et sur toute la longueur de la tumeur et même un peu au delà de chaque côté. Je peux ainsi attirer facilement la tumeur à l'extérieur ainsi que 4 à 5 centimètres au moins de côlon sain de chaque côté de la tumeur.

Les portions de côlon au delà et en deçà de la tumeur sont accolées en canons de fusil double, et maintenus dans cette position par quelques points de suture au catgut.

Je fais cet accolement sur une hauteur de 5 à 6 centimètres au moins.

Je fixe en outre l'intestin par plusieurs points de suture au pourtour des lèvres de l'incision de la paroi abdominale.

L'accolement des deux bouts de l'intestin est fait de telle façon qu'ils sont disposés transversalement.

Le 3 janvier, après anesthésie locale à la cocaïne, le Dr Launay voulut bien, en mon absence, faire la résection au ras de la peau de la masse; c'était d'autant plus nécessaire qu'une partie était sphacélée.

Il n'y eut à faire que deux ou trois ligatures de vaisseaux. Nous eûmes ainsi un anus colique-médian; il y avait là, au milieu de l'abdomen, une ouverture où aboutissaient les deux bouts du côlon, bout central — bout périphérique disposés en canons de fusil double — séparés par un éperon.

Il fallait faire sauter l'éperon.

Pour cela, j'employai l'entérotome de Dupuytren que je dus placer à deux reprises différentes : la première fois il avait glissé et l'éperon faisait une trop grande saillie dans le fond de la plaie.

Cela fait, je laissai se rétrécir naturellement l'orifice cutané pendant que des matières de plus en plus abondantes passaient par le bout inférieur et provoquaient des garde-robes naturelles.

Différents temps de l'opération. Section transversale horizontale.

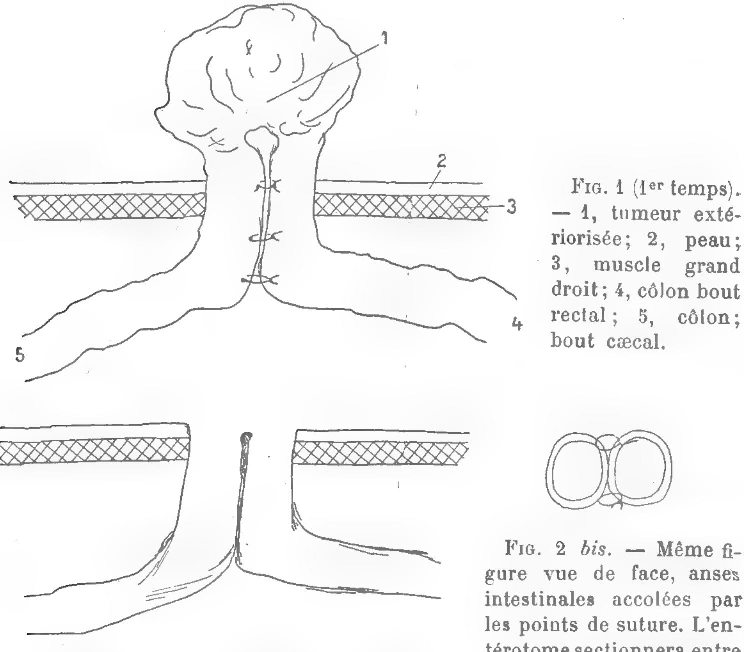


Fig. 1 (1er temps). — 1, tumeur extériorisée; 2, peau; 3, muscle grand droit; 4, côlon bout rectal; 5, côlon; bout cæcal.

Fig. 2 *bis*. — Même figure vue de face, anses intestinales accolées par les points de suture. L'entérotome sectionnera entre les sutures.

Fig. 2 (2e temps). — La tumeur est enlevée.

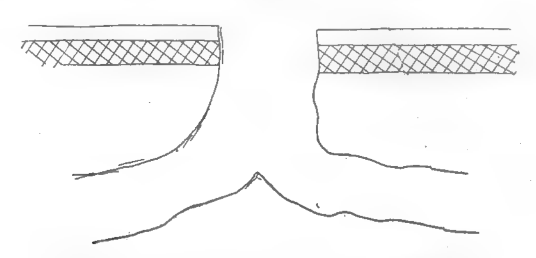


Fig. 3 (3e temps). — L'éperon est sectionné.

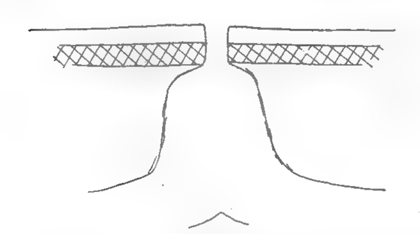


Fig. 4 (4e temps). — Fistule stercorale au moment de la fermeture définitive.

Puis, avec l'aide de Launay, je procédai à la fermeture de l'anus qui n'était guère qu'une fistule stercorale.

Je décollai la muqueuse de l'intestin tout autour des lèvres de la plaie. Je la suturai à la façon de Lembert et fis glisser la peau pardessus.

La suture ne tint pas.

Entre temps, la malade avait eu une parotidite suppurée gauche qui dut être ouverte en deux points et qui détruisit complètement la parotide.

La malade quitta la maison de santé portant une fistule stercorale ne laissant guère passer des matières que quand elles étaient liquides.

Les matières solides sortent toutes par l'anus.

Pendant ce temps-là, son état général s'était notablement remonté; elle était très ennuyée, néanmoins, par cette fistulette qui souvent ne donnait rien.

Le 20 juillet, je fis une suture cutanée en bourse qui parut tout d'abord ne pas tenir, mais qui cependant amena la guérison, qui était définitive quelques jours après.

Aujourd'hui, cette femme jouit de la meilleure santé, elle a repris un teint frais, de l'appétit et de l'embonpoint.

J'ai employé là une méthode opératoire qui est peut-être longue mais qui m'a paru la plus sûre, et en fait elle a réussi.

J'aurais pu peut-être agir plus vite.

J'aurais pu notamment faire l'opération en une seule séance : faire en un mot en une seule fois ce que j'ai fait en quatre fois.

L'opération en une séance eût été, certes, beaucoup plus longue, soit qu'on eût fait une entérorraphie circulaire, soit qu'on eût fait une anastomose latérale.

Or, cette femme était sinon absolument cachectique, du moins en état de dystrophie très accentué, l'amaigrissement, la perte d'appétit, la teinte jaune paille accusant assez fortement cet état; un choc, comme celui qu'eût nécessité cette opération, l'eût peut-être trop fortement ébranlée pour qu'elle eût pu le supporter.

Le temps pénible pour ma malade, celui de la section de l'éperon par l'entérotome, eût peut-être pu être supprimé, mais il aurait fallu prolonger l'opération et les avantages de temps me paraissent inférieurs à ceux qui résultent d'une opération faite dans des conditions où la septicité est moins à craindre.

Quelque précaution que l'on prenne, la section et la suture d'un intestin qu'on rentre dans le ventre est plus dangereuse que cette section faite en dehors de la cavité abdominale et sans que le péritoine soit ouvert. Cette section, au moyen de l'entérotome, sera absolument sans danger si l'on prend la précaution, comme je l'ai fait, de suturer ou rapprocher par quelques points de suture les deux bouts de l'intestin que l'on dispose en canons de fusil. De

cette façon, aucune anse intestinale ne peut s'interposer entre les deux portions du côlon et le placement de l'entérotome est sans danger.

Ainsi donc, le procédé que j'ai employé est le plus long, mais il est le plus sûr; il n'exige qu'une chloroformisation ou une anesthésie de courte durée pour la première séance; les autres peuvent être faites avec l'anesthésie locale ou sans anesthésie. Il met le péritoine à l'abri du contact des liquides septiques de l'intestin; il peut et doit être utilisé chez les malades affaiblis.

Un procédé plus rapide ne serait de mise que sur des sujets ni affaiblis ni surtout cachectiques.

Lecture.

Appendice inclus dans le mésentère.

M. Bonnet, lit une observation d'appendice inclus dans le mésentère. M. Michaux, rapporteur.

Présentations de malades.

Orchidopexie

M. Walther. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade que j'ai opéré le 5 mars 1903 pour une hernie inguinale droite avec ectopie inguinale. J'ai employé le procédé dont je vous ai déjà parlé à plusieurs reprises et qui consiste à utiliser, pour assurer d'une façon définitive l'abaissement du testicule, l'élasticité de la cloison. Le testicule abaissé est passé du côté opposé, à travers la cloison, par une incision immédiatement rétrécie par quelques points de suture.

Comme me l'avait demandé notre collègue M. L. Championnière, je vous avais promis de vous présenter d'anciens opérés chaque fois que j'en pourrais retrouver. Chez cet homme opéré depuis plus de trois ans, vous pourrez constater que le testicule est resté absolument abaissé, qu'il est très mobile, que le cordon est simple et mobile. Comme je l'ai toujours observé jusqu'ici à la suite de cette opération, le testicule, à aucun moment, n'a tendance à remonter.

Myotomie à ciel ouvert et ténotomie du sterno-cléido-mastoïdien dans le torticolis congénital.

M. Berger. — A plusieurs reprises, je me suis élevé contre la substitution de la section musculaire par une incision ouverte à la myotomie sous-cutanée du sterno-mastoïdien dans le traitement du torticolis. Certes, la section du muscle à ciel ouvert est plus facile et présente moins de complications possibles, complications qu'on peut, d'ailleurs, toujours éviter avec de l'attention et un peu d'habitude de l'opération ; peut-être permet-elle, dans certains cas particulièrement difficiles, de voir et d'aborder en connaissance de cause les obstacles au redressement de la tête. Mais elle a le défaut capital de laisser une trace toujours très visible, ce qui est un vice rédhibitoire pour une opération ayant pour seul but de restaurer la forme ; elle n'est, d'ailleurs, pas plus assurée du succès définitif que la ténotomie sous-cutanée faite avec soin. Le cas que je présente est un exemple vivant de la supériorité de la méthode sous-cutanée.

Voici une fillette de quatorze ans qui a subi, de la main d'un de nos plus distingués collègues, une opération de myotomie à ciel ouvert du sterno-cléido-mastoïdien du côté droit pour un torticolis remontant à l'enfance. Vous en voyez encore la cicatrice ; blanche, régulière, mobile, croisée par les marques des sutures, cette cicatrice, longue de 3 à 4 centimètres, s'étend jusque sur le sternum ; elle n'est ni laide, ni difforme, mais elle est des plus visibles. Plusieurs mois après, cette enfant rentrait dans mon service avec une récidive de sa déviation du cou, due à une rétraction manifeste du faisceau claviculaire du muscle et du peaucier. Deux sections musculaires furent faites par la méthode sous-cutanée, par deux ponctions différentes. Grâce à ces sections, le redressement de la tête put être immédiat et complet. Je n'appliquai aucun appareil. Dès le surlendemain de l'opération, des massages, des exercices orthopédiques de redressement, des manœuvres modelantes furent quotidiennement exécutés. La correction de la déviation est, comme on peut en juger, restée complète, et l'on ne voit même plus la marque des orifices de ponction, tandis que la cicatrice de la première opération est toujours aussi visible que par le passé. Je concède que l'opération est plus délicate et expose à quelques accidents, tels qu'une petite hémorragie ; dans un cas seulement, pour arrêter celle-ci due à la piqûre d'une grosse veine et pour vider un hématome qui venait de se produire, je dus transformer l'opération sous-cutanée en une opération ouverte, ce fut tout l'inconvénient. Un peu de compression, maintenue une

dizaine de minutes avec le doigt, arrête, d'ailleurs, ces hémorragies.

Au point de vue de la technique opératoire, je pratique la section des parties profondes vers la surface, en introduisant le ténotome au-dessous des muscles à diviser. Je contrôle la marche du bistouri avec l'index de la main gauche placé sur la peau, pendant que le muscle est tenu fortement tendu par un aide. Quand le craquement et la sensation de résistance vaincue annoncent que la section est effectuée, je reviens sur toutes les brides, sur tous les tractus que je sens se dessiner encore sous la peau pour les diviser d'une manière complète ; puis avec le doigt, refoulant la peau dans la lacune produite par l'écartement des deux bouts du muscle, j'achève la séparation de ces bouts par des pressions très énergiques. Je préfère ne pas appliquer d'appareil et commencer tout de suite les exercices qui doivent assurer la permanence du résultat obtenu. Je me sers parfois cependant de l'appareil de Sayre à traction élastique ou d'un collier plâtré amovo-inamovible faisant minerve.

M. Félizet. — Dans le traitement chirurgical du torticolis, M. Berger donne la préférence à la méthode sous-cutanée et je crois qu'il a raison. Pour ma part, je suis resté invariablement fidèle à cette méthode classique, que j'ai vu employer avec succès par nos maîtres.

Depuis quelques années, un bon nombre, la majorité peut-être des chirurgiens, ont adopté la méthode des incisions à ciel ouvert.

L'opération, certes, est d'une exécution facile : on incise la peau, on saisit « ce qui tend », muscles ou tendons, on le coupe sous les yeux.

Je ne reprocherai pas seulement à ce procédé opératoire de laisser des marques trop apparentes, quel que soit le soin avec lequel la peau ait été suturée.

Ma critique ira plus loin : Nous avons remarqué, — et M. Berger l'a bien observé, — le nombre assez élevé des récidives des torticolis opérés à ciel ouvert.

Le fait est indéniable.

C'est que le mécanisme de la guérison est absolument différent dans le cas où l'action est sous-cutanée et dans le cas où l'opération est faite à découvert.

Dans l'action sous-cutanée le ténotome pointu est porté d'emblée à travers la gaine fibreuse du tendon à couper, le ténotome mousse lui succède, décolle la gaine, passe en arrière de la corde, et d'*arrière en avant* la coupe, grâce à l'effort de l'aide qui fixe la tête du malade ; c'est même, à vrai dire, l'aide qui est le véritable

opérateur. Le bout supérieur se rétracte, laissant dans la gaine une véritable cavité qu'un tissu fibreux de nouvelle formation remplira.

La gaine est assouplie dans un mouvement forcé que le vieil orthopédiste Duval appelait le « coup du malin ». Dans cette gaine allongée, qu'une insignifiante ponction a perforée, la réparation s'accomplira, *indépendante* du tissu sous-cutané, du muscle peaucier dont les fibres se rapprochent à la façon d'une boutonnière de la peau. Indépendante aussi de la section qui a divisé, après le chef sternal, le chef claviculaire du muscle à corriger. Il y a donc aussi deux foyers de réparation, celui des tendons, celui du tissu cellulaire sous-cutané, foyers séparés par le voile du peaucier.

Avec le procédé à ciel ouvert, le mécanisme de la réparation est différent.

Les tendons, la capsule, le peaucier et la peau sont associés dans le travail de prolifération réparatrice, ils sont fondus dans une cicatrice commune, et solidaires des rétractions qu'elle peut présenter et qu'elle présente souvent ; de là, les récidives qui ont frappé M. Berger, dans les cas qu'il a observés et traités à ciel ouvert.

On a présenté l'opération à ciel ouvert comme une opération de prudence, opération mettant à l'abri de la blessure des gros vaisseaux de la base du col.

Or, l'opération sous-cutanée, méthodiquement faite, le malade en bonne présentation et l'aide comprimant les vaisseaux derrière l'angle de la mâchoire, compression en amont qui empêche les veines de se gonfler contre le ténotome ; cette opération est entièrement sans danger ; j'ajoute qu'elle est exempte de douleur et qu'elle peut être pratiquée aisément sans chloroforme.

Appareil de marche après ostéotomie du fémur

M. Pierre Delbet. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un malade à qui j'ai fait une ostéotomie du fémur pour un genu valgum. L'opération a été exécutée le 29 octobre et l'appareil de marche installé dix jours après. Vous voyez que le malade marche facilement sans béquille et sans canne.

Voici quatre radiographies, face et profil : — deux ont été faites après l'ostéotomie mais avant l'appareil de marche ; — deux ont été faites après l'appareil de marche, le malade ayant marché pendant une dizaine de jours. Vous pouvez voir qu'il ne s'est produit

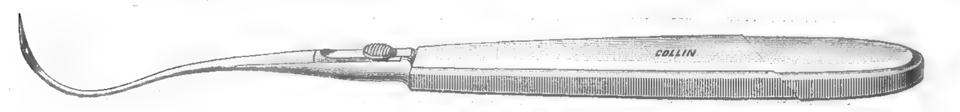
aucune modification dans la situation des fragments. L'appareil est donc parfaitement contentif.

Le traitement du genu valgum me paraît être une de ses indications intéressantes. Il évite aux malades une longue immobilité : et c'est, en général, ce qu'ils redoutent le plus.

Présentation d'instrument.

Aiguille à péritonisation

M. Chaput. — On a besoin pour faire la péritonisation du petit bassin, d'aiguilles très fines, pour fixer le lambeau à l'S iliaque. La suture avec des petites aiguilles montées est très pénible.



On ne peut faire cette suture ni avec la petite aiguille fine de Reverdin qui est trop courte, ni avec la grande aiguille qui est trop longue.

J'ai combiné la longueur de la grande aiguille avec la finesse de la petite, et cet instrument me paraît combler une importante lacune car cette aiguille n'existait pas jusqu'ici.

Présentation de pièce

Hysterectomie totale pour épithelioma du col de l'utérus.

M. Faure présente une pièce d'ablation très complète de l'utérus et d'une large collerette vaginale pour un petit épithelioma très limité du col.

M. Segond. — Sans insister sur les avantages respectifs de l'hysterectomie abdominale et de l'hysterectomie vaginale, j'observerai cependant que cette dernière opération m'a toujours permis, en cas de cancer du col, d'enlever autant de paramètre et de vagin que dans la pièce présentée par notre collègue Faure.

Élections.

NOMINATION DE LA COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES TRAVAUX DES CANDIDATS AU TITRE DE CORRESPONDANTS NATIONAUX.

Nombre de votants : 29. — Majorité : 15.

M. Demoulin	obtient :	22	voix.
M. Tuffier.	—	19	—
M. Hartmann.	—	18	—
M. Legueu	—	18	—

En conséquence, MM. Demoulin, Tuffier, Hartmann, Legueu, sont nommés membres de la Commission.

NOMINATION DE LA COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES TITRES DES CANDIDATS AUX PLACES VACANTES DE CORRESPONDANTS ET D'ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

Nombre de votants : 31. — Majorité : 16.

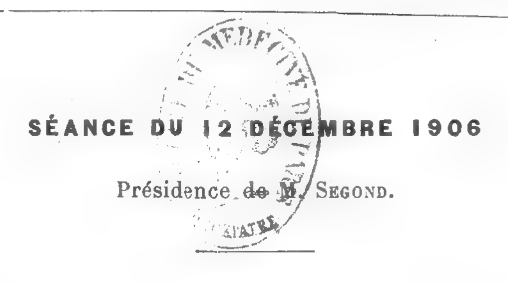
M. Kirmisson.	obtient :	31	voix.
M. Jalaguier	—	21	—
M. Quénu.	—	20	—
M. Faure	—	19	—

En conséquence, MM. Kirmisson, Jalaguier, Quénu, Faure, sont nommés membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,

P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1906

Présidence de M. Segond.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Une lettre et des brochures de M. Viguier de Maillanne, intitulées : *Appréciations et nouvelles observations sur l'emploi du sérum antituberculeux.*

3°. — Un livre de M. le Dr Ducroquet, intitulé : *Traité de thérapeutique orthopédique.*

A propos de la correspondance.

M. Kirmisson dépose sur le bureau de la Société un mémoire de M. Gaudier, intitulé : *Rachistovaïnisation en chirurgie infantile.* — M. Kirmisson, rapporteur.

M. Lejars apporte un travail de M. Dujardin-Beaumetz, médecin inspecteur général de l'armée, intitulé : *Mémoire sur la rétraction haute des parties molles dans les amputations de la cuisse et de la jambe et sur les moyens de l'obtenir.* — M. Lejars, rapporteur.

M. Chaput dépose un travail de M. Duval, intitulé : *Appendicectomie par l'incision transversale de Chaput.* — M. Chaput, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires.

M. Bazy. — J'aurais pris la parole après le savant rapport de notre collègue Quénu sur l'ouverture des kystes hydatiques dans les voies biliaires, si j'avais eu présente à l'esprit l'observation d'un cas rentrant dans la catégorie de ceux qu'il a cités.

J'ai bien fait, car une partie de l'observation de ce malade est perdue et la surveillante croit qu'elle a été volée par le malade lui-même.

Il s'agit d'un homme de trente-six ans, entré une première fois à l'hôpital pour un ictère fébrile intense datant de plusieurs semaines. Cet homme nous raconte (et ceci est assez curieux) qu'il a été opéré au Havre l'année précédente pour un kyste hydatique du foie. Il nous dit qu'il était guéri, la plaie était complètement cicatrisée au bout de dix-sept jours quand il est sorti de l'hôpital. Le chirurgien qui l'a opéré nous a écrit au contraire que quand il était sorti, il portait encore un drain, parce qu'il avait été obligé de marsupialiser la poche.

Quoi qu'il en soit, il portait une cicatrice linéaire de réunion par première intention.

Je l'opère le 15 février 1905.

Voici la description de l'opération.

Incision latérale à deux travers de doigt de la ligne médiane. L'abdomen ouvert, on voit le foie bleu ardoisé qui déborde les fausses côtes.

L'épiploon adhérent est écarté et on voit une grosse tumeur fluctuante que l'on ponctionne : il ne sort rien, mais en retirant le trocart on voit sortir par l'orifice un lambeau de membrane hydatique.

L'incision est agrandie et on enlève une membrane hydatique calcifiée ; il y avait en outre un nœud de fil de soie sur la paroi de la poche.

On cherche la vésicule qu'on trouve dans la plaie même, elle n'est pas distendue.

On est obligé d'admettre une obstruction des voies biliaires dans les canaux hépatiques au-dessus du cystique.

Néanmoins, en prévision de l'obstruction permanente du cholédoque à cause du siège de la tumeur, on laisse ouverte la vésicule que l'on marsupialise.

La vésicule contenait de la bile brun verdâtre très gluante.

Il revient à l'hôpital le 29 novembre ayant eu des crises douloureuses, des accidents fébriles et de l'ictère.

Il était toujours porteur de sa fistule biliaire.

Il avait, de temps en temps, des selles colorées, comme si l'obstruction eût été intermittente, de sorte que je le mis en observation pendant quelque temps. Voyant que l'ictère ne disparaissait pas, je le réopérai à nouveau le 26 décembre 1905.

Incision médiane.

Après ouverture de l'abdomen, je tombe sur une tumeur accolée à la petite tubérosité de l'estomac. C'est une poche remplie de vésicules filles sans liquide; on voit alors un tractus qui se dirige vers la fistule résultant de ma dernière opération; je m'en sers comme d'un guide; mais au lieu de se diriger vers la vésicule, on tombe dans une cavité oblongue se dirigeant vers le hile du foie : *il s'en écoule de la bile* ET DES VÉSICULES FLÉTRIES.

Je mets un drain dans ce canal qui est très probablement le cholédoque et un autre dans la poche du kyste; une mèche autour des deux drains et une dans l'ancienne fistule qui communiquait avec la vésicule.

Le 28 décembre on enlève les mèches, l'une d'elle entraîne avec elle le drain placé dans le canal cholédoque, et on ne peut en replacer un autre dans le même trajet trop étroit : on se contente d'en mettre un plus superficiel, ce qui a pour résultat d'empêcher tout écoulement de bile à l'extérieur, la bile coulant dans l'intestin et colorant les matières fécales.

Après une période de quelques jours de rétention biliaire et d'écoulement de la bile à l'extérieur, celle-ci ne sort plus par la fistule et coule tout entière dans l'intestin.

Le 3 février, plus rien ne coule à l'extérieur. Le malade se sent très bien et sort le 9 février, guéri.

J'ai appris que sa santé se maintenait bonne.

J'ai pensé devoir fournir cette contribution à l'étude si intéressante et si pleine, en général, de péripéties de l'ouverture des kystes hydatiques dans les voies biliaires, qu'il faut distinguer de l'étude de l'ouverture des voies biliaires dans les kystes hydatiques dont j'ai publié ici un exemple très curieux, parce qu'il s'agissait d'un kyste hydatique ouvert dans les bronches et d'une fistule cholé-bronchique qui s'est formée spontanément; la malade qui a fait le sujet de l'observation vit encore et se porte très bien.

Sur les fractures bi-malléolaires.

M. Walther. — La communication de notre collègue Chaput sur les déformations consécutives aux fractures bi-malléolaires a fait naître une discussion qui témoigne de l'intérêt de la question. Il s'agit en effet de savoir quelle est la fréquence de ces complications, qui entraînent une véritable infirmité, quelles sont exactement les causes des déformations secondaires, d'en étudier le mécanisme et les variétés.

Dans sa communication, M. Chaput a cité des fractures marginales, des fractures sus-malléolaires. Je ne parlerai ici que des fractures bi-malléolaires, c'est-à-dire des fractures bi-malléolaires par adduction, qui sont les véritables bi-malléolaires et des fractures bi-malléolaires par abduction de Tillaux. Je sais bien que pour ces dernières le terme est impropre, puisque le péroné est brisé au-dessus de la malléole; mais l'appellation de « fracture de Dupuytren » n'est peut-être pas plus précise, puisque la description de Dupuytren, que nous a très justement rappelée notre collègue Demoulin, comprend toute une série de lésions différentes jusqu'à une variété de fracture sus-malléolaire. Le terme de fracture par abduction de Tillaux répond à un groupe bien déterminé de lésions : c'est la fracture du péroné au-dessus des ligaments péronéo-tibiaux, avec arrachement de la malléole interne à sa base, ou bien déchirure du ligament latéral interne; un coin du tibia est très fréquemment (presque toujours, d'après Tillaux) arraché par les ligaments péronéo-tibiaux.

L'étude des déformations consécutives aux fractures bi-malléolaires comprend plusieurs points :

1° Difficulté, impossibilité de la réduction primitive;

2° Difficulté de la contention jusqu'à consolidation;

3° Déviations tardives après consolidation.

Tout d'abord, est-il possible de réduire complètement une fracture bi-malléolaire? Depuis quelques années l'examen attentif des radiographies nous a montré la très grande difficulté, l'impossibilité pour certaines fractures d'une réduction parfaite. Nous savons qu'il est à peu près impossible de coapter exactement les fragments d'une fracture oblique de jambe, quel que soit le procédé de réduction employé, si parfait que semble être le résultat à l'examen clinique. Je crois qu'il n'est pas exact d'en dire autant des fractures bi-malléolaires; je crois que dans nombre de cas la réduction complète est possible, pour les fractures récentes bien entendu, et précisément les fractures bi-malléolaires me parais-

sent être, au membre inférieur, les seules dans lesquelles il soit possible d'obtenir ce résultat.

Sans doute la réduction est plus ou moins difficile, suivant l'étendue des lésions, suivant le développement musculaire du sujet, suivant surtout l'écartement du coin osseux arraché du tibia par les ligaments péronéo-tibiaux.

La réduction doit être faite le plus tôt possible après l'accident et ne peut être complète qu'à condition d'être précoce. On a suffisamment insisté sur la très grande difficulté des manœuvres de réduction au bout de quelques jours pour qu'il soit utile d'y revenir. Le déplacement du pied en dehors et en arrière est corrigé par une forte traction en dedans et en avant avec rotation du pied en dedans; le pied doit être placé en flexion à l'angle droit et en adduction forcée. Mon ami Delbet a signalé une cause d'erreur dans la réduction, une réduction apparente par flexion du pied avec bascule en avant du fragment inférieur, sans correction suffisante du déplacement en arrière. Je pense qu'il a dû faire allusion ici à quelques fractures sus-malléolaires dans lesquelles il est fort difficile d'agir en effet sur le fragment inférieur basculé en avant et bloqué contre le fragment supérieur. Dans la fracture bi-malléolaire, il est presque toujours possible de réduire convenablement le déplacement en suivant le précepte de Tillaux, en commençant la manœuvre de réduction par une forte traction sur le talon pris à pleine main, ramené en bas puis en avant, de façon à refouler le pied en masse avant de le fléchir; un vigoureux mouvement d'adduction forcée achève la réduction.

La flexion de la jambe sur la cuisse, souvent négligée, est un excellent moyen de faciliter la réduction; M. Berger a très justement insisté sur cette manœuvre.

Lorsque la réduction présentait quelque difficulté, je me suis toujours servi de l'anesthésie chloroformique. On a parlé de l'emploi de la scopolamine ou des injections intra-rachidiennes de stovaïne. De ces dernières, je n'ai rien à dire ne les ayant pas employées. Elles paraissent *a priori* devoir donner ici les meilleurs résultats. J'ai employé la scopolamine dans plusieurs cas; elle a le grand avantage de diminuer souvent la sensibilité suffisamment pour que la réduction puisse être faite dans de bonnes conditions; dans le cas contraire, de permettre, avec l'administration d'une petite quantité de chloroforme, d'obtenir l'anesthésie complète, sans période d'excitation, par conséquent, sans ces contractions violentes, ces mouvements désordonnés, fort dangereux dans le cas particulier, sur lesquels Delbet a attiré notre attention.

Tels sont les quelques points de détail que je tenais à signaler au sujet de la réduction des fractures bi-malléolaires. Bien entendu,

dans certains cas particulièrement graves, — on en a cité ici, — la réduction est très difficile, parfois presque impossible. Mais je crois que, le plus souvent, il est possible d'arriver à une réduction en bonne position, c'est-à-dire avec une direction normale de l'axe du pied, une correction complète de l'abduction. Enfin, dans nombre de cas, la réduction anatomique parfaite pourra être obtenue.

Je vous présente une radiographie d'une fracture bi-malléolaire par abduction récente. Le malade est entré dans mon service le 18 novembre dernier avec un déplacement considérable en dehors et en arrière. Sur cette radiographie faite sous l'appareil plâtré, vous pouvez voir que la réduction est absolue, la coaptation des fragments parfaite. Mon interne, M. Gruget, qui avait appliqué le jour même de l'entrée du malade le premier appareil, en a fait un second le 1er décembre, après disparition du gonflement. Sur cette seconde radiographie, faite après application du second appareil, vous voyez que les fragments sont en aussi bonne position.

Voici encore une série de radiographies prises pendant la consolidation de fractures bi-malléolaires (1 bi-malléolaire par adduction 3, par abduction) dans lesquelles la coaptation est à peu près parfaite.

Comme appareil de contention, j'ai toujours employé l'appareil plâtré à attelle postérieure et à étrier, et je l'ai toujours appliqué immédiatement, comme m'ont appris à le faire mes maîtres Duplay et Tillaux.

M. Berger a insisté sur les excellents résultats qu'il obtient depuis longtemps de l'application d'appareils amovibles, d'un appareil à attelles, refait chaque jour, permettant une correction progressive de la déformation une sorte de modelage du pied jusqu'à ce que le gonflement ait disparu. J'ai vu, il y a quelques années, M. Berger appliquer ces appareils; j'ai vu avec quel soin, quelle minutieuse surveillance il conduit la fracture jusqu'au moment de l'application de l'appareil plâtré et quels beaux résultats lui donne cette méthode. J'ai cependant continué à appliquer l'appareil plâtré d'emblée, le plutôt possible, comme l'enseignait Tillaux; l'appareil appliqué, la douleur disparaît, le gonflement s'arrête. Quelques jours après, lorsque le gonflement a disparu, un second appareil est appliqué, un troisième au besoin, un peu plus tard, s'il y a encore amaigrissement du membre et possibilité de mobilisation des fragments.

L'application de l'appareil plâtré doit être surveillée avec grand soin, parce qu'ici est la principale cause de déviation : il faut que la réduction soit absolument maintenue jusqu'à dessiccation

complète du plâtre; encore à ce moment la solidité n'est-elle qu'apparente et il est nécessaire d'appliquer pendant vingt-quatre heures une attelle qui s'oppose à toute déformation de l'appareil.

Tillaux évaluait à un minimum de quarante jours la durée de la consolidation. C'est là en effet un minimum. Si ce temps est suffisant pour les fractures sans grand déplacement, je crois indispensable d'immobiliser pendant cinquante à soixante jours les fractures graves. Encore faut-il, au moment où l'appareil est enlevé, vérifier avec soin la consolidation, et ce n'est pas chose facile. Il faut s'assurer à plusieurs reprises, par une exploration très minutieuse, de la résistance du cal; si l'on perçoit la moindre élasticité des malléoles, ce qui dans les cas douteux ne peut être bien apprécié que par comparaison avec le côté sain, il ne faut pas laisser marcher le malade, sous peine de voir apparaître une déviation secondaire.

Voici un exemple de cette déformation d'un cal insuffisamment développé : un homme de quarante-sept ans entra dans mon service à la Pitié, le 8 avril dernier, avec une fracture par abduction à grand déplacement. Au bout de quarante jours, le plâtre fut enlevé et, le jour même, le malade me fut présenté comme guéri. A l'examen, je constatai une très bonne réduction, mais une certaine souplesse, une certaine élasticité du cal ; je conseillai de faire un nouvel appareil plâtré qui serait laissé en place une vingtaine de jours. Le malade refusa absolument tout appareil et, malgré tous les avis, commença les jours suivants à se lever; il quitta l'hôpital le 19 juin, le pied toujours en bonne position. Je l'ai revu il y a dix jours : le pied est porté en dehors; il existe une déviation pas très considérable puisque l'axe du tibia tombe encore sur le bord interne du premier métatarsien, mais très nette, comme vous pouvez le voir sur la radiographie que nous avons faite il y a dix jours. Ici, ce déplacement secondaire était prévu. Le cal n'était pas encore suffisamment solide à la levée de l'appareil.

Je crois que la plupart des déviations tardives sont dues à cette cause. La difficulté réelle de l'exploration, de la détermination exacte du degré de résistance du cal explique la fréquence relative de ces déformations. Aussi, dans le doute, lorsque la solidité n'est pas absolue, lorsque la résistance n'est pas celle du côté sain, est-il prudent de maintenir encore quelque temps l'immobilisation. Je ne pense pas en effet qu'on puisse attribuer à l'immobilisation prolongée les déviations tardives, mais je suis sûr qu'une immobilisation insuffisante les favorise.

Ces déviations tardives peuvent-elles se produire après consolidation complète en bonne position? Le fait doit être bien rare; comme M. Berger, je ne l'ai jamais observé: il existe cependant;

le cas rapporté par Delbet est absolument probant; il n'en reste pas moins une exception. Ce qui est plus fréquent, comme l'a si bien dit M. Berger, c'est la petite déformation, peu apparente, qui peut facilement passer inaperçue, qu'il faut rechercher avec soin au moment où l'appareil est enlevé sous peine de la méconnaître et qui devient frappante lorsque le malade a marché un certain temps, parce qu'il marche péniblement, souffre du défaut d'aplomb du pied.

Les troubles fonctionnels, les raideurs, les déformations sans déviation considérable que l'on observe parfois, paraissent dus le plus souvent à l'écartement de la mortaise dans les fractures graves avec grand décollement du coin osseux du tibia.

Le défaut de soudure de la malléole interne ou du moins la soudure incomplète peut, dans quelques cas, amener certains troubles fonctionnels — Delbet y a insisté avec raison. — Je vous en apporte un exemple. Voici la radiographie d'une fracture par abduction datant du 13 juin dernier. Cette radiographie a été faite il y a dix jours. Comme vous le voyez, le pied est en bonne position, mais la malléole interne est mal consolidée; elle ne touche que par son bord interne au tibia. Le malade marche cependant bien. Il est débardeur et accomplit un travail pénible. Il peut monter à l'échelle avec un sac de 100 kilogrammes. Le seul trouble dont il se plaint est une assez vive douleur à certains moments, en appuyant le pied, lorsque le temps est humide.

La gêne dans les mouvements, la limitation du mouvement de flexion me paraissent, dans les fractures bi-malléolaires, tenir le plus souvent à des lésions concomitantes du tarse.

M. Kirmisson, dans sa très intéressante communication, a attiré notre attention sur les hyperostoses, les ostéistes, les hypertrophies du cal qui sans doute reconnaissent souvent pour cause une lésion nerveuse. J'ai précisément dans mon service depuis une douzaine de jours un homme de cinquante et un ans qui a eu le 8 mars 1905 une fracture par abduction. Il était à la campagne, ne s'est pas soigné, est simplement resté au lit pendant huit jours, puis a essayé de marcher et ne pouvant le faire a été conduit à un hôpital de province où il a été traité, sans application d'appareil, par le massage. Il marche avec une déviation considérable du pied en dehors, déviation qu'il compense assez bien par un mouvement de torsion du bout du pied en dedans. La région malléolaire et sus-malléolaire est le siège d'une hypertrophie osseuse énorme et, sur les radiographies que je vous présente, vous pouvez voir qu'il existe une ostéite diffuse avec plusieurs foyers clairs. Or, à chaque pied, cet homme porte un mal perforant. Nous n'avons pu trouver aucun signe de tabes; mais

l'existence de ces lésions suffit à bien établir ici l'existence d'un trouble trophique.

C'est chose banale que d'insister sur l'utilité des mouvements, sur les très bons résultats que peuvent donner chez les malades atteints de ces déformations secondaires, le massage et surtout la gymnastique réglée, l'exercice musculaire régulier et aussi le port dans la chaussure d'une semelle de liège oblique soutenant bien le bord interne du pied.

Tout cela peut suffire, dans certains cas, alors même que la déformation semblerait indiquer formellement l'intervention opératoire, à assurer la marche dans de bonnes conditions. J'ai vu, il y a quelques années, un homme qui présentait à la suite d'une fracture par abduction, une déformation considérable, une déviation extrêmement accentuée du pied en dehors. Il avait fait beaucoup de gymnastique, marchait beaucoup et bien en compensant par torsion du pied en varus cette déviation en dehors; il marchait bien, au point de faire, sans fatigue, de très longues ascensions et des courses en glaciers.

Ce cas est tout à fait exceptionnel, c'est le seul que j'aie vu; il montre, comme celui qu'a rapporté M. Berger, dans une clinique récente, tout ce que peut donner l'effort soutenu de la volonté pour lutter contre une infirmité, pour compenser une déformation.

M. Chaput. — J'ai lieu de me féliciter d'avoir soulevé la discussion sur les fractures des malléoles. Elle nous a valu des communications très documentées d'un grand nombre d'entre vous et dont je tiens à les remercier.

MM. Berger et Reynier ont voulu maintenir une distinction absolue entre les fractures bi-malléolaires qui sont surtout des fractures par adduction, et les fractures de Dupuytren dans lesquelles la malléole externe est intacte.

Je ferai observer à mes collègues que Tillaux emploie textuellement le mot de fracture bi-malléolaire par abduction pour caractériser la fracture de Dupuytren, et que, d'autre part, sur 130 radiographies que j'ai analysées, 113 fois le trait de fracture, toujours très oblique, intéresse la malléole externe, contre 17 fois où la fracture est nettement sus-malléolaire.

MM. Championnière et Delbet ont semblé me reprocher de leur avoir présenté des fractures de jambe pour des fractures bi-malléolaires.

Dans un cas, en effet, la diaphyse était brisée comminutivement, mais la malléole interne était détachée et l'astragale luxé en dedans; ce qui fait l'intérêt de ce fait, c'est que, à l'examen

clinique, j'avais diagnostiqué une fracture bi-malléolaire des plus nettes.

Il y a, d'ailleurs, des transitions insensibles entre les lésions causées par une chute d'un lieu élevé, qui varient de la fracture bi-malléolaire simple aux cas compliqués de petits arrachements du rebord tibial, de gros arrachements, et de fractures à éclats multiples, remontant plus ou moins sur la diaphyse.

Dans un autre cas de fracture supra-malléolaire ancienne, la symptomatologie était exactement celle de la fracture par abduction mal consolidée; le mécanisme en était celui de l'abduction combinée à la chute d'un lieu élevé, avec poussée verticale.

Ces questions de nomenclature liquidées, j'aborderai les moyens signalés par nos collègues pour éviter la déviation primitive.

La majorité de nos collègues se sont prononcés en faveur de l'anesthésie; les uns, comme MM. Monod, Championnière, Schwartz, Félizet, Reynier, préconisent le chloroforme, que combattent MM. Berger et Delbet à cause de l'agitation qui suit le réveil.

Toutefois, M. Delbet conseille l'emploi de la stovaïne lombaire que j'ai préconisée en 1904 pour les fractures et luxations, et qui est, en effet, merveilleuse dans l'espèce.

Pour ma part, j'apprécie beaucoup le chloroforme pour la réduction, mais je lui préfère nettement la stovaïne lombaire.

MM. Berger et Delbet attribuent les mauvais résultats fréquents à une réduction incomplète, la réduction complète étant souvent impossible à réaliser (Delbet); ou encore à une déviation qui se fait sous l'appareil, après une réduction convenable (Berger). Je suis tout à fait de leur avis, mais je ne suivrai pas M. Berger lorsqu'il nous conseille l'emploi du Scultet changé tous les deux jours pendant dix à douze jours.

M. Schwartz conseille de placer l'attelle de Dupuytren en attendant le dégonflement du membre. Je préfère de beaucoup placer un plâtre immédiat, suivi d'un second après dégonflement. On vérifiera alors par la radiographie l'exactitude de la réduction, et, si elle est insuffisante, on placera un nouvel appareil.

L'attitude à donner au pied est très importante : MM. Schwartz et Reynier se contentent de ramener l'axe du tibia au niveau du deuxième orteil.

Pour ma part, avec Tillaux, Walther, Souligoux, et tous les élèves de Tillaux, je considère comme indispensable de mettre le pied en adduction forcée, avec flexion à angle droit et transport du talon en avant.

Il est indispensable que le chirurgien maintienne le membre jusqu'à complète dessiccation du plâtre, ou encore qu'il applique

une attelle de Dupuytren par-dessus l'appareil plâtré pour le laisser sécher en bonne position.

La durée de l'immobilisation n'est pas sans intérêt; la plupart d'entre nous immobilisent quarante jours, Tillaux conseillait de quarante à cinquante jours, Walther réclame soixante jours.

Je crois que quarante jours suffisent pour une fracture avec un léger déplacement, mais que cinquante à soixante jours ne sont pas de trop pour les fractures à grands délabrements.

Il est très difficile d'apprécier par l'examen manuel, le degré de consolidation d'une fracture bi-malléolaire, mais M. Delbet a eu raison de dire que la radiographie permettait d'apprécier le degré de consolidation. En effet, s'il est exact que les traits de fracture restent longtemps transparents, il n'en est pas moins vrai qu'on voit le cal apparaître autour de ces lignes claires sous la forme d'opacités nuageuses qui manquent totalement dans les consolidations nulles, et sont translucides dans les consolidations peu accentuées.

Depuis longtemps, Terrillon, Sébileau et Blaise, Duplay, Louart, Mally et Richon, Delbet, avaient signalé des déviations survenues tardivement sur des membres sortis du plâtre en bonne position, mais ces notions n'avaient pas pénétré dans l'esprit de la majorité d'entre nous.

Je me félicite de vous les avoir rappelées et d'avoir été appuyé par MM. Tuffier, Delbet, Championnière et Berger.

La cause du retard de consolidation des fractures réside, d'après M. Delbet, dans ce fait que la fracture de la malléole interne est articulaire, et, comme telle, ne comporte qu'une consolidation fibreuse. Cette explication correspond à quelques cas, mais nullement à la majorité des faits; je possède de nombreuses radiographies où la malléole interne est bien consolidée, et j'ai trouvé dans les musées de nombreuses consolidations osseuses de cette malléole.

J'attribue plus d'importance aux fractures des rebords tibiaux, aux lésions de diastasis, à l'obliquité des traits de fracture du péroné (signalés par MM. Demoulin et Sieur). Mally, pour expliquer le retard de consolidation, invoque les lésions des cornes antérieures de la moelle, provoquées par l'arthrite tibio-tarsienne. Les arthrites suivies d'immobilisation prolongée provoquent, en effet, des troubles de décalcification des os, mais à la condition que l'immobilisation soit prolongée pendant de longs mois. Les fractures provoquent aussi la décalcification et dans un délai beaucoup plus court.

MM. Championnière, Sieur et Mally sont du même avis, lorsqu'ils recommandent de soigner les troubles trophiques du

membre par le massage et l'électricité avant de faire marcher les blessés.

Serons-nous sûrs que la consolidation sera effectuée lorsque l'atrophie musculaire aura disparu? je ne le crois pas.

D'autre part, étant donné que, d'après Mally et Richon, la consolidation se fait attendre parfois six à sept mois, je pense qu'il ne faut pas s'entêter à attendre une consolidation trop lente et qui, souvent, n'aura jamais lieu.

En conséquence, en cas de fracture bénigne, une immobilisation de quarante jours suivie d'un mois de béquilles sans poser le pied par terre, suffira amplement. Dans les fractures graves, je réclamerai deux mois de plâtre et deux mois de béquilles; si, au bout de ce temps, la fracture n'est pas solide, il y a de grandes chances pour qu'elle ne le soit jamais. On devra vérifier la consolidation par la radiographie, et, si elle n'est pas satisfaisante au bout de cinq à six mois, on interviendra.

Quelles qu'en soient les raisons : irréductibilité absolue, mauvaise réduction, déviation secondaire dans le plâtre, immobilisation insuffisante ou trop prolongée, déviations tardives après consolidation apparente, les fractures bi-malléolaires sont d'un pronostic très sérieux, ainsi que le démontrent les faits de M. Kirmisson, les nombreuses observations publiées d'ostéotomies ou de résections, et mes observations d'accidents du travail.

M. Delorme me disait récemment qu'il n'avait jamais observé de mauvais résultats après les fractures bi-malléolaires; tout le monde a la même conviction lorsqu'on ne s'en rapporte qu'à ses souvenirs; mais si on tient la liste de ses blessés et si on leur écrit pour les suivre, on se convainc bien vite du nombre d'infirmes que fait la fracture de Dupuytren. Nos collègues militaires, qui peuvent suivre leurs blessés au moyen des réformes, seraient en mesure de nous donner des chiffres précieux. Je les prie instamment de nous les apporter.

En présence de la gravité de ces fractures, je considère que nous devons nous en occuper avec plus de soin encore que par le passé, et appliquer nous mêmes nos appareils plâtrés. Dans les services très actifs, on pourra se contenter de faire faire le plâtre par les élèves; mais si on constate la moindre imperfection, on devra le refaire soi-même sans hésiter.

Dans les cas de *fractures graves*, on ne permettra la marche qu'après un examen radiographique probant.

Rapports.

Volumineux kyste de l'utérus. Hysterectomie subtotale. Guérison, par M. AUVRAY, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Rapport par M. POTHERAT.

Il vous souvient peut-être, Messieurs, de l'intéressante observation que nous a lue, au mois de février dernier, notre jeune collègue des hôpitaux M. Auvray, et de la pièce anatomique qui accompagnait cette lecture.

Il s'agissait d'un très volumineux kyste de l'abdomen, kyste semblable cliniquement à un kyste de l'ovaire et qui, au cours de l'opération, s'est montré d'origine nettement utérine. Plusieurs hypothèses avaient alors été émises par vous sur la nature de cette production anormale. Nous verrons dans quelques minutes ce qu'il en faut penser.

Mais auparavant, permettez-moi de vous rappeler aussi brièvement que possible l'observation elle-même.

Il y a quatre ans, nous dit M. Auvray, M[lle] X..., âgée alors de trente-six ans, venait consulter M. Auvray père, directeur de l'école de médecine et pharmacie de Caen, parce qu'elle avait remarqué que son ventre présentait un développement anormal et progressif. A l'examen, on reconnut la présence dans l'abdomen d'une tumeur lisse, arrondie, fluctuante, non douloureuse, déjà très développée. Le diagnostic de kyste de l'ovaire s'imposait; la malade reçut le conseil de se faire opérer, se refusa à le suivre, et fut perdue de vue pendant près de quatre années.

Mais le ventre continuait à se développer ; des douleurs survinrent, d'abord intermittentes, puis continues; l'abdomen devint énorme, la santé générale s'altéra, et c'est dans un état de très grand amaigrissement et épuisement que cette malade vint retrouver M. Auvray père, qui la confia aux bons soins de notre collègue.

A ce moment, le ventre est extrêmement distendu, d'une manière d'ailleurs uniforme. Il est mat à la percussion, lisse partout, de consistance uniformément molle et fluctuante ; en aucun point, on ne constate d'induration, ou même une rénitence plus marquée. En déplaçant latéralement la malade, on s'assure que le liquide est bien contenu dans une poche, remontant jusqu'au rebord thoracique. La base du thorax est même notablement élargie. Le toucher vaginal ne peut être fait en raison de la per-

sistance de l'hymen ; mais le toucher rectal ne fournit aucune indication particulière.

La menstruation est régulière, mais les règles sont abondantes et durent près d'une semaine. L'état général est très altéré ; pas d'appétit, amaigrissement, dépérissement très marqués. Il y a eu au niveau de la cuisse gauche des phénomènes douloureux sur la nature desquels il est difficile d'être fixé d'une manière précise, mais qui semblent être des douleurs névralgiques, dues peut-être à une compression dans la région obturatrice ou iliaque.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire semblait certain, l'intervention était nettement indiquée; elle fut acceptée, et M. Auvray la pratiqua au mois de mars 1906.

Laparotomie médiane sous-ombilicale longue de 15 centimètres. Le péritoine pariétal adhère intimement à la surface de la tumeur. Cependant l'adhérence se laisse cliver à la main ; une surface suffisante ayant été mise à nu ainsi, M. Auvray ponctionne le kyste avec un gros trocart et retire plus de six litres d'un liquide filant, de couleur chocolat. L'opérateur attire alors la poche flasque, mais non totalement vide, au dehors, en décollant peu à peu les adhérences, d'abord pariétales, puis épiploïques et intestinales. Il arrive ainsi à la face postérieure, non adhérente, et peut éviscérer totalement la poche kystique, qui ne tenait plus que par son pédicule.

C'est ici que commence l'intérêt spécial de cette observation. Le pédicule était large, et M. Auvray s'attendait à le voir se continuer avec le bord supérieur de l'un ou l'autre ligament large. Il n'en est rien ; les annexes sont libres, indépendantes, et le pédicule se continue, *sans ligne de démarcation*, avec le corps utérin lui-même. Ce n'était point une adhérence, une fusion secondaire, mais une union intime, primitive ; l'organe et le kyste ne faisaient qu'un. L'utérus, d'aspect normal, de volume à peine supérieur à l'ordinaire, lisse et régulier en avant et en arrière, se continuant normalement latéralement avec les ligaments larges, au niveau de son bord supérieur, se continuait sans ligne de démarcation, je le répète, avec la poche kystique ; mais, à travers cette poche pédiculisée, on sentait le fond de l'organe un peu irrégulier, consistant, d'aspect à peu près normal.

En présence de ces constatations, M. Auvray se demanda pendant quelques secondes ce qu'il convenait de faire. Allait-il séparer le kyste de l'utérus, par une section de la paroi utérine elle-même au besoin ? L'hésitation fut courte. M. Auvray se dit : voilà un kyste bien anormal, je ne sais pas jusqu'où je pourrai être entraîné dans mon hystérectomie, j'ignore la nature de cette production, j'ai affaire à une malade épuisée, l'opération a déjà

été longue; de plus, la patiente est vierge; elle a quarante ans; allons au plus vite, faisons une hystérectomie subtotale. Celle-ci fut facile, rapide, et en une heure trois quarts l'opération était totalement terminée.

Par mesure de prudence, M. Auvray avait laissé deux drains dans l'excavation ; il les retira au bout de quelques jours. Il n'y eut aucune suite méritant d'être notée. La malade guérit rapidement, elle est restée guérie depuis. Voilà l'histoire clinique et chirurgicale de cette malade.

Arrivons maintenant au point capital, l'examen de la pièce ellemême.

M. Auvray nous a présenté cette pièce. Vous vous rapellez que c'était une vaste poche à paroi extérieure régulière à paroi interne régulière aussi, tomenteuse, avec quelques caillots fibrineux, noirâtres adhérents, mais sans épaississement, sans saillie d'aucune sorte, en tout semblable à la paroi d'un kyste de l'ovaire uniloculaire, le plus simple, dont la paroi aurait une épaisseur de 5 millimètres environ, et dont le contenu serait devenu couleur chocolat par une extravasation sanguine. Cette poche se continuait avec le fond de l'utérus dont elle avait la largeur et l'épaisseur, la paroi extérieure se continuant avec le péritoine de revêtement utérin, la paroi interne tapissant le fond de l'organe, légèrement bosselé. Une section de l'utérus montrait la cavité utérine normale, et la cavité kystique le muscle utérin avec son aspect, son épaisseur, sa consistance normaux.

En présence de ces lésions, la curiosité de la plupart d'entre vous, Messieurs, fut vivement excitée. C'était bien là un kyste de l'utérus, mais quelle pouvait bien en être la nature? Ce ne pouvait assurément point être un kyste sanguin proprement dit, ni un kyste hydatique ou dermoïde, puisque la tumeur n'avait aucun des caractères de ces productions pathologiques. On ne pouvait non plus s'arrêter à l'idée d'un kyste embryonnaire. Les kystes wolfiens ou mullériens de l'utérus ont bien exceptionnellement ce siège, ils sont plus habituellement latéraux; mais, surtout, ce sont des kystes de tout petit volume, ne s'élevant jamais à des proportions comparables à celles du cas actuel.

Aussi plusieurs d'entre vous, Messieurs, émirent l'opinion qu'il s'agissait là d'un fibromyome devenu kystique par dégénérescence. Cette opinion, Messieurs, n'était pas soutenable pour les raisons suivantes. Quand un fibromyome devient kystique, il reste toujours, à la périphérie de la poche si le kyste est central, en un point de cette périphérie si le kyste est excentrique, il reste toujours, dis-je, en plus ou moins grande abondance du tissu du fibromyome lui-même. De plus, ces kystes de dégénéres-

cence ne sont pas de véritables poches kystiques, on ne trouve pas sur leur face interne une véritable paroi limitante; ce sont des cavités créées par refoulement des tissus et non de véritables kystes.

Je vous ai apporté deux utérus de ma collection où cette dégénérescence avait acquis un tel volume que dans l'un des cas, on avait porté le diagnostic de volumineux kyste de l'ovaire, et dans l'autre celui de grossesse utérine au septième mois environ.

Voici ces deux pièces : Voyez celle-ci; le kyste est interstitiel, il était de la capacité de 3 litres au moins, mais dans son intérieur, uni par des filaments plus ou moins vasculaires aux parois de la poche, se trouvait ce petit corps sphéroïde, donnant au palper la sensation de ballottement et qui n'est autre qu'un fibrome utérin. Considérez les parois de cette poche; elles ne ressemblent pas aux parois d'un véritable kyste, ce sont les fibres utérines refoulées et tassées qui la limitent et non un revêtement épithélial.

Voyez maintenant ce second utérus; ici en arrière une cavité utérine très agrandie, mais normale. En avant, dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus, cette énorme poche de la capacité, à l'état frais, de près de 5 litres. Pas de fibromyome dans son intérieur, mais toute la périphérie constituée par un tissu de fibromyome. La dégénérescence kystique s'est faite, ici, au centre de la tumeur.

Point n'est besoin d'insister davantage; le rapprochement de ces deux utérus, avec la pièce de M. Auvray, montre bien que celle-ci est d'une nature différente.

Cette dernière, Messieurs, si nous voulions la rattacher à des faits déjà décrits, devrait être rangée dans ce que Huguier appelait dès 1847, des *kystes séreux* de l'utérus, kystes auxquels M. Lebec fait allusion dans sa thèse de 1880, kystes pouvant se développer dans l'épaisseur des parois utérines, mais siégeant le plus souvent, à leur origine, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, au niveau du fond de l'utérus, kystes à contenu séreux, pouvant atteindre un très grand développement.

Le contenu du kyste de la malade de M. Auvray était bien d'aspect séreux; il était seulement modifié dans son aspect pour une extravasation sanguine qui lui a donné son apparence de chocolat dilué.

Mais, Messieurs, ces kystes séreux ne sont pas en réalité une entité morbide. Huguier et les auteurs qui l'ont suivi se sont contentés de cette appellation, parce qu'ils ont réduit l'examen anatomique à une simple constatation macroscopique. Chaque fois, au contraire, qu'on a voulu s'éclairer sur la nature intime de ces tumeurs par une analyse histologique, on s'est aperçu que ces

kystes séreux étaient, le plus souvent, ou bien des kystes embryonnaires exceptionnellement volumineux, ou bien des productions néoplasiques à modalité kystique, en particulier des sarcomes kystiques.

Il importait donc, par un examen histologique que la pièce de M. Auvray vint élucider sa nature. M. Auvray y a sagement pourvu en s'adressant à M. le professeur Cornil lui-même; et cet examen, dont vous trouverez tous les détails plus loin, a montré qu'il s'agissait là d'un sarcome kystique, dont le point de départ siégeait dans la partie sous-péritonéale du fond de l'utérus, sarcome à marche lente, puisque la malade avait consulté quatre ans auparavant et que son ventre était, à ce moment déjà, très développé.

Examen microscopique, par M. le professeur Cornil :

« *Examen d'une grande poche kystique attenante au fond de l'utérus.* — Des coupes ont été pratiquées en deux endroits; elles comprenaient toute l'épaisseur de la paroi de la poche qui mesurait de 4 à 5 millimètres.

« Dans une première série de coupes prélevées au contact de la poche avec le fond de la paroi utérine, nous avons vu deux parties bien distinctes :

« 1° A la périphérie de la section, une courbe de faisceaux de fibres lisses. Ces faisceaux coupés en long et en travers, entre-croisés, montrent dans chaque faisceau, des fibres musculaires très hypertrophiées. Ces faisceaux colorés doublement par l'hématoxyline et le liquide de Van Giesen, montrent le protoplasma des fibres musculaires coloré en jaune et les noyaux en violet. Ces fibres musculaires offrent un protoplasma très volumineux et des noyaux ovoïdes tuméfiés.

« Sur les coupes transversales de ces fibres, elles apparaissent comme de grosses cellules.

« 2° Immédiatement en dedans de cette couche externe, on observe, sans ligne de séparation, du tissu sarcomateux dont les îlots sont bordés par du tissu conjonctif. Les cellules sarcomateuses qui composent ces îlots sont allongées, fusiformes avec un noyau ovoïde. Elles sont plus petites que les fibres musculaires. Elles ne pourraient d'ailleurs pas être confondues avec ces dernières, car le protoplasma des cellules sarcomateuses est coloré en rose, tandis que celui des fibres musculaires est coloré en jaune.

« Le tissu sarcomateux produit à l'intérieur du kyste des bourgeons inégaux, ou bien des filaments flottants dans lesquels les cellules fusiformes sont altérées, graisseuses ou mortifiées. Ces débris du tissu néoplasique donnent à la surface interne du kyste une apparence irrégulière, tomenteuse. Cette surface interne ne présente aucun revêtement épithélial.

« Le grand kyste représente donc le centre mortifié, œdémateux,

liquéfié pour ainsi dire, d'une tumeur sarcomateuse développée dans la partie supérieure de la paroi utérine. »

L'observation de M. Auvray, vous le voyez, Messieurs, offre donc un intérêt de premier ordre. Elle est rare ; en outre, grâce à l'examen histologique très complet qui l'accompagne et qui vient de vous être rapporté, elle projette une certaine lumière sur une variété de kystes de l'utérus longtemps considérés comme des kystes vrais.

Au point de vue opératoire, on pourra faire remarquer que la nature maligne de ce kyste aurait dû conduire le chirurgien à une ablation totale de l'utérus. A cela, je répondrai que M. Auvray ne connaissait point, au moment où il intervenait, la nature maligne du kyste qu'il opérait, que l'examen macroscopique de la poche lui-même ne l'eût point éclairé sur cette malignité ; conséquemment, il devait, tout en dépassant largement les limites du mal, ce qu'il n'a point manqué de faire, limiter son intervention, et c'est ainsi qu'il a fait une hystérectomie subtotale. D'ailleurs, M. Auvray s'est fait secondairement cette objection à lui-même, et il y répond d'une manière satisfaisante, je crois, par l'argument ci-dessus ; et il ajoute, avec juste raison, cette réflexion : Si le mal récidive chez ma malade, vraisemblablement ce n'est pas dans le moignon utérin qu'il se localisera, mais bien à la séreuse péritonéale ou aux viscères abdominaux qu'il se généralisera.

En terminant, Messieurs, je vous propose d'adresser à notre collègue des hôpitaux, M. Auvray, nos remerciements pour son travail qui lui sera, j'en suis sûr, un titre nouveau et précieux ajouté à beaucoup d'autres à votre confiance et à votre estime, au jour prochain où vous aurez à pourvoir à une place de membre titulaire.

M. Ch. Monod. — Je profite de l'occasion qui m'est offerte par le rapport de M. Potherat pour vous donner le résultat de l'examen fait par M. Piquand d'un kyste de l'utérus que je vous ai présenté avant les vacances, et qui a été figuré dans nos Bulletins. Je viens d'apprendre, à mon grand étonnement, je l'avoue, qu'il s'agissait, comme dans l'observation de M. Auvray, d'un sarcome.

Je rappelle que dans mon cas, le kyste semblait avoir distendu la cavité utérine elle-même, tandis que dans celui de M. Auvray l'utérus est relativement intact, la tumeur le surplombant attachée au fond de l'organe.

M. Mauclaire. — Je rappellerai que j'ai présenté ici tout récemment une pièce appartenant à une malade chez laquelle le diagnostic de kyste de l'ovaire avait été porté.

Il s'agissait d'un énorme sarcome kystique développé uniquement *aux dépens du fond de l'utérus*. Dans l'observation j'y ai joint l'examen histologique fait par M. Piquand. L'hystérectomie a été faite juste au-dessus du fond de la cavité utérine, alors que je croyais faire une hystérectomie supra-vaginale. Dans ma pièce la masse kystique se fusionnait progressivement en bas avec l'utérus. Il n'y avait pas une séparation aussi nette que dans la pièce de M. Auvray. De plus, la paroi de la poche kystique était bien plus épaisse que dans la pièce présentée aujourd'hui.

M. Pierre Delbet. — Il me semble qu'il serait important que les examens microscopiques des trois cas qui viennent de nous être rapportés par MM. Potherat, Monod, Mauclaire fussent donnés en détail. Il faudrait savoir à quelle variété histologique appartiennent les sarcomes. Sont-ils primitifs, ou développés secondairement sur des fibromes?

Les trois faits qui viennent d'être mis simultanément au jour semblent se corroborer, de telle sorte que cette courte discussion pourrait faire naître l'idée que les grands kystes de l'utérus sont des sarcomes.

Il n'en est pas toujours ainsi. J'ai opéré un très gros kyste de l'utérus. La paroi était si mince et si lisse à sa face interne qu'un chirurgien étranger, qui assistait à l'opération, émît l'opinion qu'il s'agissait d'un utérus didelphe, avec un hydromètre unilatéral. La dissection de la pièce ne confirma pas cette hypothèse et l'examen histologique l'infirma tout à fait. La face interne de la poche ne présentait aucun élément épithélial, et la paroi avait tout simplement la structure d'un fibrome.

J'ai voulu simplement citer ce fait pour qu'on ne reste pas sous l'impression que les grosses tumeurs kystiques de l'utérus sont des sarcomes, c'est-à-dire des tumeurs malignes. S'il en est, comme mon ami Potherat l'a fort justement rappelé, qui se développent aux dépens de débris épithéliaux ayant persisté depuis les premières phases du développement embryonnaire, il en est aussi qui sont de simples fibromes kystiques.

M. Potherat. — Je répondrai à mon ami Pierre Delbet que la nature et la variété du sarcome résultent de l'examen histologique de M. le professeur Cornil dont vous pourrez lire les détails écrits de sa main même.

A M. Monod et à mon ami Mauclaire, je dirai que les tumeurs

qu'ils nous ont présentées sont des utérus atteints de cystosarcome. La tumeur englobe l'utérus et dans la masse celui-ci n'est pas distinct.

Ce qu'il y a de particulier, de bien spécial dans le cas de M. Auvray, c'est que le kyste est considérable, indépendant macroscopiquement de l'utérus, qui a son volume et son apparence normaux.

Présentations de malades.

Hernies inguinales.

M. Morestin présente deux jeunes filles opérées de hernies inguinales par un procédé esthétique. — M. Richelot, rapporteur.

Cholécystite calculeuse phlegmoneuse. Perforation sous-séreuse de la jonction cystico-cholédocienne. Opération. Guérison.

MM. Brault et Hartmann. — Mme F..., vingt-neuf ans, entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le Dr Brault, le 31 octobre 1906, pour un ictère fébrile, précédé de crises de coliques. Il y a un an et demi environ elle eut, pour la première fois, après un repas, une crise de douleurs violentes, accompagnée de vomissements alimentaires, puis bilieux; cette crise dura trois à quatre jours. Depuis cette époque, la malade eut, pendant une période de dix-huit mois, six crises analogues. Ces crises, qui semblaient toujours provoquées par les repas, avaient leur point de départ dans la région lombaire droite, les douleurs s'irradiaient en arrière le long du rachis, en avant et en bas dans la fosse iliaque droite. D'une manière générale, les urines étaient peu abondantes pendant la durée de la crise qui se terminait par une grosse émission d'urine. Aussi, un médecin consulté, constatant la présence d'un rein mobile, conseilla le port d'une ceinture, qui amena un peu de soulagement.

Le 15 octobre, après un repas, la malade fut prise subitement d'une crise violente, présentant un caractère différent des précédentes. Le centre des douleurs occupait le rebord costal droit; les douleurs s'irradiaient vers le dos et la région scapulaire droite d'une part, vers la région épigastrique d'autre part, donnant lieu à une sensation d'étau. Il y eut des vomissements, du refroidis-

sement des extrémités, des urines foncées, de la décoloration des selles.

Entre le 15 et le 30 octobre, survinrent deux crises analogues, la seconde suivie d'un ictère qui a été progressivement en augmentant.

Lorsque la malade est entrée dans le service du Dr Brault elle avait 39°2; la température sous l'influence du repos et du régime lacté tomba le 2 novembre à 36°5, resta normale le 3, puis remonta à 39 degrés le 4 au soir en même temps que des douleurs et des vomissements réapparaissaient. Depuis ce moment, la malade a presque constamment souffert, la température montant le soir à 39°6, 39°7, 40°8, pour redescendre le matin à 38°2; 37°8, 39 degrés. Dans ces conditions, M. Brault pense à la nécessité d'une intervention opératoire et fait passer la malade en chirurgie.

9 *octobre* 1906. — Ictère généralisé avec prurit, sensation buccale d'amertume. Le foie est volumineux, dépasse de trois travers de doigt le rebord costal. Il est douloureux à la pression, on suit facilement son bord inférieur, facilement reconnaissable pendant les mouvements respiratoires, sans qu'on puisse distinguer la vésicule biliaire. Il n'y a pas de ballonnement abdominal, mais la partie supérieure du muscle droit présente une contracture de défense et la pression détermine l'existence d'un point douloureux à droite et un peu au-dessus de l'ombilic.

La rate est augmentée de volume, on sent son extrémité inférieure débordant les côtes.

Le rein droit est mobile, accessible dans toute sa moitié inférieure; le gauche est perceptible au niveau de son pôle inférieur.

Les urines sont rares, 450 centimètres cubes par vingt-quatre heures; elles sont acides, de densité égale à 1023, contiennent de la bile et de l'urobiline en quantité abondante, des traces d'indican, pas d'albumine.

Rien à noter du côté de l'appareil génital; la malade a eu deux grossesses à terme en 1898 et en 1900; les deux enfants sont vivants et bien portants. Après le dernier accouchement, il y aurait eu une poussée de péritonite traitée par la diète et la glace sur le ventre. La malade aurait toujours joui d'une bonne santé, mais aurait cependant été traitée à l'âge de seize ans pour une congestion hépatique; elle aurait toujours eu cette région sensible et la sensibilité se serait exagérée au cours de chaque grossesse.

Opération le 12 *octobre* 1906. — La malade étant en hyperextension du tronc, nous faisons une incision onduleuse sur le grand droit du côté droit; le foie déborde notablement les côtes. Au-dessous de lui, au niveau de l'encoche qui correspond normalement à la vésicule, on voit un magma adhérent fourni par le côlon

transverse et l'épiploon fusionnés avec le foie. Nous séparons les parties avec l'ongle aidé du bistouri. Nous voyons alors la vésicule, du volume du pouce, grisâtre, à parois épaissies, formant deux bosselures superposées, au niveau desquelles le palper nous permet de sentir deux calculs.

En dedans de la vésicule on voit l'hépatique distendu et verdâtre. Continuant à libérer la face inférieure du fond, séparant des adhérences glutineuses molles qui unissent le cystique aux parties sous-jacentes, nous arrivons sur une saillie ampulliforme, verdâtre, prête à crever, située dans l'angle du cystique et du cholédoque. Au-dessous nous sentons dans le cholédoque un calcul.

Nous disséquons alors la vésicule, la séparons du fond, coupons, pinçons et lions l'artère cystique et finalement sectionnons le cystique. A ce moment les tractions rompent la poche que nous avons signalée, un flot de bile verdâtre s'écoule; nous engageons le doigt dans la rupture et trouvons dans le cholédoque un calcul que nous faisons remonter et que nous enlevons. Le doigt, introduit dans la portion rétro-duodénale du cholédoque, n'y trouve pas d'autre calcul; un explorateur introduit successivement dans l'hépatique, puis dans l'intestin, ne constate rien de particulier. Un tube est placé dans le canal hépatique, un drain et une mèche à côté dans le décollement sous-hépatique.

Suites opératoires. — La température tombe dès le soir même à 37°8; le 18 nous enlevons la mèche, le 19 le drain sous-hépatique, le 20 le tube du canal hépatique; les selles se recolorent immédiatement et la malade que je vous présente aujourd'hui guérit sans incidents. La bile, drainée de l'hépatique, avait du reste été limpide dès le premier jour.

Examen de la vésicule enlevée. — La vésicule a des parois épaisses; de même le canal cystique qui est très dilaté et dont les valvules effacées font à peine un léger relief à sa face interne. Sur des coupes de la vésicule faites par M. Lecène on trouve des lésions internes de cholécystite aiguë.

« La muqueuse est détruite; il ne reste pas trace d'épithélium ni de glandes; toute la sous-muqueuse est infiltrée de leucocytes; les cellules conjonctives sont en prolifération active; les vaisseaux, bourrés de leucocytes et d'hématies, sont dilatés. C'est un véritable phlegmon de la muqueuse vésiculaire.

« La paroi musculaire de la vésicule est très atrophiée, presque complètement transformée en un bloc de tissu conjonctif dense (cholécystite chronique ancienne); on retrouve à ce niveau des lésions d'inflammation récente, mais celles-ci sont surtout développées de nouveau dans la sous-séreuse qui est infiltrée de leu-

cocytes polynucléaires en quantité énorme; le tissu graisseux sous-séreux plus développé que normalement est aussi le siège d'une inflammation aiguë intense.

« En somme il existe des lésions de *cholécystite phlegmoneuse, greffées sur une vieille cholécystite calculeuse chronique*, caractérisée par la sclérose pariétale et l'infiltration adipeuse sous-séreuse.

« Sur des coupes portant en un point de la vésicule voisin du cystique et en rapport avec la cavité ampullaire, prête à se rompre, que nous avons signalée, à la jonction cystico-cholédocienne, on retrouve les mêmes lésions de la paroi vésiculaire; à sa face externe correspondant à la cavité mentionnée, le tissu adipeux est enflammé et présente une vaso-dilatation très marquée.

« Dans toute l'épaisseur de la vésicule et surtout dans la paroi de la cavité mentionnée, on trouve en quantité considérable du colibacille dont les cultures ont également révélé la présence dans le pus de la vésicule. » (Lecène.)

Rétrécissement fibreux du rectum et crises violentes d'entéro-colite muco-membraneuse. Création successive d'un anus iliaque gauche et d'un anus iléo-iliaque droit. Résection du rectum par la voie périnéale et création d'un anus sacro-coccygien suivie de la fermeture des deux anus iliaques. Guérison.

M. Sieur. — M. X..., officier de cavalerie, âgé de vingt-huit ans, entre dans mon service à l'hôpital du Dey, le 15 septembre 1904, pour une affection intestinale qui remonte à neuf ans. Pas d'antécédents héréditaires. Jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque à laquelle il s'est engagé au 5me chasseurs d'Afrique, il a joui d'une santé parfaite.

A dix-neuf ans, en septembre 1895, il contracte au cours des manœuvres une dysenterie caractérisée par des selles fréquentes composées de sang et de graisse et accompagnées de ténesme et de coliques violentes.

Admis une première fois à l'hôpital d'Orléansville, il en sort bientôt avec un régime qu'il suit tout en faisant son service.

En août 1896, il prend part à de nouvelles manœuvres qui aggravent tellement son affection qu'il est obligé de se faire hospitaliser à l'hôpital du Dey. Deux mois après, il en sort très amélioré, mais au bout de six mois il présente à nouveau des coliques, du ténesme et des selles dysentériques. A dater de cette époque, l'affection passe définitivement à l'état chronique, subissant des accalmies et des aggravations qui obligent le

malade à suivre un régime très sévère. Mais malgré son énergie, il est obligé chaque année de se faire hospitaliser.

En 1901, on constate, pour la première fois, l'existence d'une tuméfaction dure, douloureuse qui occupe la fosse iliaque gauche et siège manifestement sur le gros intestin.

La présence de cette tuméfaction coïncide avec des coliques très violentes, des selles très pénibles qui revêtent parfois un aspect rubané indiquant qu'à la dysenterie est venu s'ajouter un obstacle au cours des matières.

L'état général est du reste fortement touché et, depuis un an, le malade a perdu plus de 11 kilogrammes.

Au mois d'avril 1902, nous retrouvons notre malade à l'École de cavalerie de Saumur où il a été admis six mois plus tôt en qualité d'élève officier. Très fatigué par le régime de l'École, son état général et son état local s'aggravent au point qu'on l'évacue sur le Val-de-Grâce pour y être l'objet d'un traitement chirurgical.

Dans les notes qui nous ont été aimablement communiquées par notre collègue et ami M. Jacob, nous relevons les faits suivants :

Le gros intestin est douloureux à la palpation sur tout son trajet, mais particulièrement dans la fosse iliaque gauche. Là on sent un cylindre dur, peu mobile, dirigé presque verticalement, d'une longueur de 10 à 12 centimètres et d'un diamètre de 4 à 5 centimètres, et comme son volume varie suivant que les selles sont régulières ou non, il est évident qu'il est dû à la rétention du bol fécal par un obstacle bas situé.

15 *juin* 1902. — La région ano-rectale est tellement douloureuse qu'on est obligé de recourir à l'anesthésie chloroformique pour pratiquer son exploration. Par le toucher rectal, le doigt sent à une hauteur de 7 à 8 centimètres l'extrémité inférieure d'un rétrécissement très dur, bourgeonnant et dont les bourgeons ont la dureté du cartilage. Après dilatation du sphincter à l'aide du spéculum, on peut constater que la muqueuse rectale est tomenteuse, bourgeonnante et saignante et que l'extrémité inférieure du rétrécissement qui a subi un commencement d'invagination sous les efforts de défécation rappelle assez bien un col utérin placé en rétro-version. Aussi est-ce avec peine qu'on réussit à engager dans son calibre une série de bougies dilatatrices soit demi-molles, soit métalliques d'une grosseur progressivement croissante, en commençant par une bougie de 7 millimètres de diamètre pour s'arrêter à celle de 20 millimètres.

Le malade a un peu souffert du ventre après la séance de dilatation, et il a rendu un peu de sang par les selles; mais dans les jours qui suivent, il va à la garde-robe sans efforts.

20 *juin*. — Nouvelle anesthésie destinée à permettre de continuer la dilatation.

L'orifice inférieur du rétrécissement se retrouve facilement et on

réussit à introduire progressivement des bougies dilatatrices de plus en plus grosses; l'on s'arrête au n° 16. On ne peut franchir l'orifice rétréci qu'en exerçant un certain effort, mais dès qu'il est franchi, le dilatateur s'enfonce avec la plus extrême facilité. Quand on le retire, on voit l'orifice rester béant quelques secondes puis se fermer progressivement et d'une façon spasmodique.

Au réveil, le malade accuse des douleurs extrêmement vives et une envie impérieuse d'aller à la selle, mais il ne rend qu'un peu de sang.

23 *juin*. — Séance de dilatation sans anesthésie : l'extrémité de l'index pénètre dans le rétrécissement qui est fibreux, très irrégulier et occupe une hauteur de 2 centimètres environ. Au-dessus de lui, la muqueuse rectale paraît saine. Dans l'après-midi, selle sanglante; le lendemain selle moulée, ce qui ne s'était pas produit depuis plus de vingt jours.

26 *juin*. — Nouvelle séance de dilatation qui permet d'introduire les bougies allant du n° 17 au n° 24.

30 *juillet*. — On continue la dilatation en passant les bougies 25 et 26, ce qui donne au rétrécissement un diamètre égal à celui d'une grosse banane.

Dans des séances ultérieures, on se borne à maintenir à ce degré le calibre de l'intestin, et comme le malade ne souffre plus et a des selles régulières, il quitte l'hôpital pour reprendre son service.

Peu à peu, malgré un régime approprié, les douleurs réapparaissent et avec elles le ténesme, les selles pénibles et irrégulières. Un traitement fait à Plombières en juillet 1903, procure une amélioration momentanée, mais à partir de janvier 1904 la fosse iliaque est de nouveau le siège de douleurs vives, et les selles, très douloureuses et très pénibles, sont constituées par du pus, des fausses membranes et du sang. Sur cet état, en quelque sorte habituel, viennent se greffer des crises aiguës qui obligent le malade à renoncer à tout service.

C'est au cours d'une de ces crises, qui rappellent par leur violence la colique de miserere, que M. X... entre dans mon service à l'hôpital du Dey, au commencement d'octobre 1904.

État général mauvais, facies pâle, émacié, poids réduit à 65 kil. 500 au lieu des 85 à 90 kilogrammes qui représentent le poids normal.

Ventre souple, indolore dans sa moitié supérieure, mais sensible dans sa partie inférieure avec maximum douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche, immédiatement en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure sur le trajet de l'S iliaque. On sent vers le détroit supérieur du bassin un gros cordon induré qui n'est autre que l'intestin mobile transversalement et très sensible à la pression, mais on ne note pas de tumeur proprement dite. Dans la région hypogastrique et même jusque dans la fosse iliaque droite, la pression éveille sinon de la douleur, tout au moins une sensibilité assez vive, qui paraît due à l'existence de petits ganglions mésentériques que l'on sentirait rouler sous le doigt.

Du côté des autres viscères abdominaux ou thoraciques, on ne trouve rien à relever, en particulier, pas de tuberculose.

De même, il n'existe aucune trace d'accidents spécifiques et le trai-

tement intensif prescrit à diverses reprises est resté sans aucun effet.

Par l'examen rectal auquel le malade se soumet difficilement, tant il souffre, on note tout d'abord un aspect condylomateux du pourtour anal.

Si l'on suit la paroi antérieure, le doigt butte au bout de 3 à 4 centimètres dans une sorte de cul-de-sac et est obligé de se reporter en bas et en arrière pour pénétrer sans trop de difficultés dans un orifice qui rappelle absolument par sa consistance et son aspect un col utérin entr'ouvert et placé en rétroversion. Bien que la pénétration dans cet orifice soit relativement facile, le malade accuse des douleurs extrêmement vives qui deviennent intolérables lorsque, enfonçant le doigt plus profondément, on arrive à un orifice plus étroit que l'on sent à peine et qui est séparé du précédent par un intervalle plus large. La muqueuse, au niveau de ces parties malades, est parsemée de nodosités saillantes, dures, très douloureuses, qui donnent l'impression des nodosités que l'on trouve dans la rectite proliférante. On ne provoque en effet l'écoulement d'aucune goutte de sang par cet examen et le liquide qui imprègne le doigt n'a pas d'odeur caractéristique.

Cet examen ayant été très pénible, il nous a été impossible d'introduire ensuite une valve pour dilater l'anus et chercher à nous rendre compte *de visu* de l'état des parties malades.

Mais en tenant compte des commémoratifs indiqués plus haut et des symptômes cliniques, il est évident que nous avons affaire à une rectite proliférante chronique avec rétrécissement du calibre intestinal.

Il y a donc lieu de créer un anus iliaque, d'explorer l'état de l'intestin par l'abdomen, de dériver le cours des matières et traiter par l'anus artificiel le bout inférieur, avant de songer à une intervention plus complète, laquelle sera sans doute la résection du rectum par la voie périnéo-coccygienne.

20 *octobre* 1905. — Anesthésie chloroformique sans incidents :

Incision à deux doigts de l'E. I. A. et S. gauche, sur la ligne ilio-ombilicale, — incision de l'aponévrose du grand oblique, — écartement des faisceaux des muscles transverse et petit oblique perpendiculairement à l'incision cutanée, — ouverture du péritoine parallèle à l'incision de la peau.

Par l'ouverture, on attire et on explore le gros intestin. Il paraît absolument sain ; on trouve cependant une petite plaque blanche sur une frange, mais sans adhérences pathologiques. Lorsque les tractions ne peuvent plus amener d'intestin et montrent que l'on est à la fin de l'S iliaque, on explore le bassin en se guidant sur le rectum et on ne note aucune tumeur ni aucune tuméfaction ganglionnaire. Un aide pratiquant en même temps le toucher rectal, les deux doigts se touchent et ne sentent aucune tumeur entre eux. Mais le doigt introduit dans le rectum constate nettement l'existence d'un second rétrécissement dont la présence avait été simplement soupçonnée au cours des examens précédents à cause des douleurs éprouvées par le malade et de la défense qu'il opposait à l'introduction du doigt. On se rend compte ainsi que ce rétrécissement est annulaire, de consistance absolument carti-

lagineuse et laisse à peine pénétrer la pulpe de l'index. La zone indurée qui lui est sous-jacente a une hauteur d'au moins 1 cent. 1/2 et la muqueuse qui occupe l'intervalle des deux rétrécissements, semble avoir entièrement disparu. De distance en distance, on note quelques indurations ayant le volume ou la forme d'un pois ou d'un haricot.

Au-dessous du rétrécissement inférieur, la muqueuse est molle, infiltrée, mais sans indurations ni ulcérations et elle se continue au pourtour de l'anus par des bourrelets condylomateux.

Cet examen terminé, on laisse descendre dans le bassin 25 à 30 centimètres de gros intestin, afin que cette portion laissée ainsi libre au-dessus de la partie malade permette ultérieurement d'enlever facilement le rétrécissement et d'abaisser jusqu'au périnée l'intestin susjacent. Une simple mèche de gaze perfore le méso intestinal et on laisse reposer sur elle le gros intestin comme sur un chevalet; on entoure d'une autre mèche la partie d'intestin herniée et l'on se borne à mettre un crin de Florence à chacun des angles de l'incision cutanée.

On dilate alors l'anus et on peut se rendre compte que la portion anale est saine (à part un peu d'injection et une légère infiltration de sa muqueuse) et que la partie malade remonte à 10 ou 13 centimètres. Mais comme elle paraît mobile, il sera sans doute possible, lorsque l'anus iliaque fonctionnera normalement, de la réséquer et peut-être aussi de conserver le sphincter anal.

21 *octobre*. — Après-midi et nuit assez bonnes. T. 36°9, pouls à 100, comme hier; pas de coliques ni de selles, mais lumbago extrêmement pénible; on donne quelques cachets de sulfonal et d'antypirine mélangés, des cachets de salicylate de bismuth et une potion de laudanum.

22 *octobre*. — Dans la journée d'hier, les douleurs ont continué et ont été aggravées par une intolérance gastrique telle que le malade ne peut rien conserver dans son estomac. Il a vomi cinq fois depuis l'opération. On ne saurait songer à de l'infection, attendu que la température est normale, que le facies ne rappelle en rien le facies d'un malade infecté et que le ventre n'est pas douloureux en dehors de la région opératoire. Le pouls est plein, régulier et à 110. On a supprimé la potion de laudanum et les cachets, qui ne faisaient qu'augmenter les vomissements, et on a donné deux injections de morphine dans la soirée et la nuit.

En somme, on se trouve en présence de phénomènes d'occlusion; aussi, après examen du ventre, qui a son aspect normal, et en l'absence de l'expulsion spontanée de gaz par l'anus, on ponctionne l'intestin avec la pointe du thermo-cautère et, immédiatement après l'issue de gaz et de matières liquides, l'opéré accuse un soulagement marqué. Réfection du pansement après avoir eu soin de badigeonner de vaseline de Reclus la mèche de gaze formant chevalet, de façon à éviter son imprégnation et l'infection de la plaie par les liquides intestinaux. Du reste cette infection est peu à redouter en raison de l'état des adhérences qui paraissent déjà solides.

24 *octobre*. — Tous les phénomènes nerveux ont disparu du fait de

l'ouverture intestinale; seuls le hoquet et une sensation de tiraillement intestinal ont persisté pendant vingt-quatre heures.

Selles liquides, copieuses et indolores; pas d'épreintes ni de douleurs du côté de l'anus et du rectum. On commence aujourd'hui les lavages du bout inférieur à l'aide d'eau bouillie boriquée, additionnée d'un dixième d'eau oxygénée. Une sonde introduite par l'anus artificiel et la sonde à lavements, introduite par l'anus normal, permettent d'établir un courant qui nettoie rapidement la portion terminale du gros intestin. Le premier jet, ramène un liquide sanguinolent, glaireux, d'odeur assez forte de sang fermenté, puis très rapidement le liquide ressort clair. Peu à peu, on augmentera la teneur en eau oxygénée de façon à mieux désinfecter l'intestin.

25 *octobre*. — Amélioration rapide; on retire aujourd'hui le pont de gaze qui maintient l'intestin, et on comble le canal ainsi ouvert par des coins de gaze avec vaseline de Reclus. Même lavage du bout inférieur.

27 *octobre*. — Aujourd'hui, l'état général est tout à fait satisfaisant, l'appétit et le sommeil sont revenus, et les selles ont tendance à se régulariser; aussi supprime-t-on la potion de salicylate de bismuth donnée jusqu'alors. Depuis hier, alimentation carnée.

10 *novembre* 1904. — Depuis trois à quatre jours, on ne trouve plus dans l'eau de lavage de filaments sanguinolents ni de pus.

16 *novembre* 1904. — L'amélioration de l'état général va s'accentuant et se traduit par une augmentation de poids de 4 kil. 700. Localement, aucune donleur spontanée, même quand il se produit une petite selle par le bas; néanmoins, un toucher rectal pratiqué hâtivement a permis de constater que la lésion conserve son même aspect, du moins à la partie inférieure, et que la sensibilité du malade est aussi vive.

Par suite de l'invagination partielle de la zone rétrécie avec rétroversion de l'orifice, il est difficile, sinon impossible, de faire pénétrer la sonde suffisamment haut pour laver la zone malade et établir un courant régulier entre l'anus normal et l'anus artificiel. Depuis quelques jours, le liquide injecté par ce dernier, ressort en partie par la sonde et en partie passe dans le bout supérieur de l'intestin, mais n'arrive pas à franchir la zone rétrécie.

21 *novembre*. — L'état local est moins bon depuis qu'il est impossible de franchir le rétrécissement; les douleurs ont reparu et le malade est de nouveau préoccupé de son état.

7 *décembre*. — Par le toucher rectal, on constate que le rétrécissement inférieur, qui laissait assez facilement passer le doigt lors de la dernière opération, admet à peine la pulpe du doigt et est devenu infranchissable.

25 *décembre*. — A la suite d'une légère attaque de grippe, le malade se plaint depuis deux ou trois jours de coliques violentes, siégeant sur tout le trajet du gros intestin, et particulièrement dans le côlon transverse. Dans les selles se trouvent de petits grumeaux blancs semblables à ceux qui sortaient en abondance par l'anus normal avant la création de l'anus iliaque. On supprime tout lavement, l'eau oxygénée et les

lavements semblant irriter l'intestin. 2 grammes de benzonaphtol par jour.

18 *janvier.* — Les crises douloureuses reviennent tous les deux ou trois jours, on peut même dire qu'elles sont permanentes; le malade a beaucoup maigri, ne dort qu'à l'aide de morphine, d'opium et de lavements opiacés belladonés. Les douleurs intestinales existent sur toute l'étendue du côlon transverse, rarement sur la portion ascendante et cæcale. Quant à la portion inférieure, elle ne devient douloureuse que lorsqu'une certaine quantité des matières fécales se sont accumulées au-dessus du rétrécissement, chassées dans le bout inférieur par la contracture de la portion transverse, qui est tellement intense qu'elle fait rentrer en quelque sorte l'orifice anal iliaque, et permet ainsi à une partie des matières de passer dans le bout inférieur.

En présence de cet état douloureux de l'intestin, que rien ne peut calmer, et de l'atteinte grave portée à l'état général, on se décide à créer un anus iliaque droit sur la portion terminale de l'intestin grêle, afin de mettre tout le gros intestin au repos, et, dans quelques jours, on enlèvera le rétrécissement par la voie anale.

19 *janvier.* — Anesthésie locale à l'aide de morphine et cocaïne. A 8 à 10 centimètres de l'embouchure de l'intestin grêle, après s'être assuré qu'aucune traction ne s'exerce sur la portion herniée, on passe une mèche au travers du mésentère et on laisse l'intestin reposer sur elle comme sur un chevalet. Laissant ensuite les muscles petit oblique et transverse reprendre leur position normale, leurs fibres ayant été simplement écartées, on se borne à réunir les angles de la plaie cutanéo aponévrotique par quatre fils de Florence.

21 *janvier.* — Pas de température, pas de nausées; aucune douleur et aucune selle par les deux anus. Le ventre étant un peu ballonné, on ouvre l'intestin en veillant à ce que l'ouverture soit située au-dessus du coude produit par la mèche pour éviter ainsi la pénétration des matières dans le bout inférieur.

22 *janvier.* — L'amélioration de l'état général continue : à noter simplement encore un peu de ballonnement gazeux, par suite du mauvais fonctionnement de l'anus créé, dont les dimensions sont trop exiguës, et peut-être aussi par suite de l'étranglement de l'intestin causé par la suture cutanée. On agrandit l'orifice intestinal et on enlève deux fils de crin de la suture cutanée; une sonde urétrale ordinaire peut alors pénétrer dans l'intestin et ramène une assez grande quantité de matières intestinales liquides et des gaz. Aussitôt après, on voit disparaître le ballonnement intestinal.

Lavage par l'anus iliaque gauche du gros intestin, qui ne ramène qu'une cuillerée à peine de matières fécales liquides assez fortement odorantes.

Un fait est à noter : *c'est l'absence de toute colique* et *de toute contraction* du côté du gros intestin, depuis la dernière intervention.

31 *janvier.* — Etat général et local bons : plus de douleurs, plus d'insomnie; l'appétit va en augmentant.

11 *février.* — L'état général étant devenu très satisfaisant, et aucune

matière ne s'écoulant par le bout inférieur, on se décide à intervenir.

Anesthésie par kélène et éther sans incidents. Le plan opératoire est le suivant : résection de la muqueuse depuis la marge de l'anus jusqu'au rétrécissement, résection de toute la portion rétrécie et abaissement de la portion saine pour la suturer à l'anus après l'avoir invaginée dans le sphincter anal. Enfin, si la lésion remonte trop haut, et et s'il est impossible de conserver l'anus normal, résection du coccyx et création d'un anus coccygien. C'est cette dernière intervention à laquelle on a dû recourir par suite de l'étendue des lésions.

L'opération a donc suivi la marche suivante : incision anale à la jonction de la peau et de la muqueuse ; libération de la muqueuse suivant la méthode de Witehead jusqu'à hauteur de la portion rétrécie qui siège à 6 centimètres environ au-dessus de l'anus. Il est à noter que l'aspect en museau de tanche, si nettement accusé lors de la création de l'anus iliaque, a complètement disparu, et qu'on se trouve en réalité au fond d'un cul-de-sac qui *paraît même imperforé*. Comme on sent que toute la portion rétrécie fait corps avec une induration fibreuse extra et péri-rectale, surtout prononcée en avant, on franchit les limites de la paroi musculo-fibreuse en dedans de laquelle on s'était tenu jusqu'alors afin de dégager le rectum et de l'abaisser.

Successivement, on décolle le rectum en arrière au niveau de la concavité sacrococcygienne ; on accroche les releveurs et on les sectionne d'arrière en avant après les avoir saisis à l'aide d'une pince, et on progresse ainsi d'arrière en avant. La libération antérieure ne peut se faire que millimètre par millimètre à l'aide des ciseaux, tant le rectum est confondu avec l'induration fibreuse qui s'étend entre sa face antérieure, d'une part, l'urètre et la prostate, d'autre part. Cette libération devient, à un moment donné, si pénible, que la paroi rectale se déchire sous les tractions. Comme il est facile de voir que la portion rétrécie remonte au moins à 15 centimètres, on se décide, pour obtenir plus facilement l'abaissement de la portion saine et aussi pour faciliter la libération de la partie malade, à recourir à la résection du coccyx et à sacrifier ainsi le sphincter anal : incision médiane rétro-anale allant jusqu'aux dernières vertèbres sacrées, libération et désarticulation rapide du coccyx au bistouri et section de l'extrême pointe sacrée à la pince coupante. Reprenant alors la libération du rectum après avoir introduit un cathéter dans la vessie, on procède à l'ablation de la zone fibreuse et on abaisse le rectum en sectionnant progressivement ses attaches postérieures, latérales et antérieures. La lésion remonte, en somme, à 15 centimètres, et comme le cul-de-sac péritonéal a pu se laisser assez facilement refouler, on n'est pas obligé de l'ouvrir. Abouchement de la portion saine du rectum ainsi abaissée à la région coccygienne par quatre fils de soie en U comprenant la peau et toute l'épaisseur de l'intestin.

Grand lavage à l'aide de sérum chaud additionné d'eau oxygénée, mise en place de deux drains, l'un antérieur allant vers le cul-de-sac recto-vésical, l'autre postérieur dans la concavité sacrée. Aucune ligature artérielle n'a été pratiquée. Reconstitution du plancher pelvien par

la réunion au catgut des muscles releveurs (l'un des fils antérieurs comprend en même temps la paroi rectale) et fermeture au crin de toute la plaie périnéale, sauf au niveau du passage des drains et de l'ouverture anale. Cette dernière est bordée par la muqueuse rectale que l'on suture à la peau dans l'intervalle des fils en U. Pas de drains dans le rectum, puisqu'il n'existe aucun écoulement intestinal.

Réveil du malade facile, bien que l'anesthésie ait duré près de deux heures. Pas de choc opératoire, la perte sanguine, grâce à la forcipressure immédiate, ayant été relativement minime.

Le lendemain, pouls bon, température à 37°5, pas de douleurs vives, sauf certaines contractions intermittentes des releveurs; pansement non souillé, laissé en place.

13 *février*. — On change le pansement dont la partie supérieure a été un peu teintée par l'écoulement qui se fait par l'anus artificiel droit. Pas de gonflement ni d'infiltration diffuse; la gaze en contact avec la plaie est modérément imbibée de sérosité sanguinolente. Le drain antérieur nettoyé par quelques gouttes d'eau oxygénée ne laisse rien sourdre; le drain postérieur mobilisé laisse sourdre quelques gouttes de sérosité fortement teintée par le sang.

14 *février*. — Le malade ne se plaint que de quelques contractions pénibles des releveurs. On retire le tube postérieur dont la présence paraît irriter la partie terminale de la plaie et on mobilise le tube antérieur qui n'a été le siège d'aucun écoulement. Lavage de la plaie au sérum oxygéné et pansement vaseliné.

16 *février*. — On enlève l'un des crins postérieurs afin de mieux nettoyer le trajet retro-rectal et d'empêcher toute rétention. La suture intestinale semble ne pas avoir coupé sur les parties antéro-latérales, mais la partie postérieure paraît plus compromise. On retire le drain antérieur devenu inutile et on lave au sérum oxygéné le pourtour de l'anus. Comme la veille, une partie du liquide vient sourdre par l'orifice anal iliaque gauche.

17 *février*. — Le pansement a glissé et il y a lieu de craindre que la peau n'ait été souillée à la partie supérieure et postérieure par l'écoulement de l'anus iliaque droit. On enlève le fil de soie en U postérieur qui n'est plus d'aucune utilité, la paroi intestinale étant un peu remontée en haut. On enlève le dernier crin de Florence et on peut ainsi se rendre compte qu'il existe entre la terminaison du sacrum et la paroi postérieure de l'intestin un petit espace contenant quelques débris sphacélés, mais l'induration et la rougeur des jours précédents se sont notablement atténuées.

Dans la soirée, à la suite d'une quinte de toux brusque et violente, l'opéré éprouve une sensation de déchirure vers l'anus coccygien.

18 *février*. — Ce matin la sensation de déchirure persiste, mais moins violente. Comme le pansement n'est pas souillé et que la température est normale, on ne renouvelle pas le pansement.

19 *février*. — On enlève les fils; la réunion de la partie antérieure est complète; seuls ont cédé et se sont entr'ouverts les deux points postérieurs, mais l'intestin est peu remonté (deux centimètres à peine).

Il en résulte en arrière un élargissement notable de l'orifice anal qui se trouve ainsi en contact avec la pointe du sacrum. Toute cette plaie est bourgeonnante et paraît en bonne voie de cicatrisation. Ablation de tous les fils de soie, grand lavage à l'eau oxygénée étendue de sérum et pansement à l'aide d'une mèche imbibée d'eau oxygénée.

20 *février*. — Température normale ; a dormi une partie de la nuit sans injection de morphine. Etat général excellent, alimentation normale.

27 *février*. — L'état général est excellent et localement la réunion anté-anale est parfaite. Seule la partie postérieure a cédé, mais la plaie bourgeonne régulièrement. Le doigt pénètre facilement dans l'orifice anal et sent l'étranglement produit par les releveurs reconstitués. Un lavage fait à l'aide d'une sonde molle par l'orifice iliaque sort aussitôt par l'orifice inférieur, mais ne ramène ni matière ni pus ; fait par l'anus coccygien, il remonte aussitôt et se répand dans tout l'intestin indiquant ainsi que la perméabilité intestinale est parfaite. Il y a lieu d'espérer que la muqueuse va rapidement border l'orifice inférieur et s'opposer à son rétrécissement.

Quant à l'anus iliaque droit, il est le siège d'un suintement constant et la peau qui l'entoure est fortement enflammée par les liquides intestinaux. On donne à l'intérieur 5 grammes de bicarbonate de soude et on applique une pommade composée de la façon suivante :

Carbonate de magnésie		10 grammes.
Oxyde de zinc.	} ãã. . . .	5 grammes.
Poudre de talc		
Glycérine		Q. S.
Vaseline.		40 grammes.

14 *mars*. — La pommade précédente a diminué notablement l'inflammation de la peau ; mais le malade, ennuyé par le fonctionnement continuel de cet anus, demande instamment à en être débarrassé. D'ailleurs du côté de l'anus sacré les choses se passent très normalement, il ne reste guère qu'un centimètre et demi à épidermiser et on voit descendre la muqueuse vers l'orifice cutané.

Anesthésie à l'éther sans incidents.

Après désinfection soigneuse de la plaie et de la région, désinfection d'autant plus pénible que la peau est enflammée, on ferme l'anus par une suture en bourse et on fait au-dessus et au-dessous de l'anus, le long du bord externe du grand droit, une incision qui le circonscrit en se tenant à 1 ou 2 centimètres de son pourtour. On reconnaît et on incise successivement l'aponévrose du grand oblique — le feuillet antérieur de la gaine du muscle droit — les muscles petit oblique et transverse qui adhèrent en dehors à l'anse grêle herniée.

Le péritoine mis à nu au-dessus et au-dessous de l'anus, on l'incise après avoir pris soin de protéger le ventre par des compresses qui entourent et isolent l'orifice anal maintenu fermé par sa suture en bourse. Le doigt glissé dans l'abdomen permet de sectionner en toute sécurité le péritoine pariétal en dehors de la zone qui adhère à l'in-

testin; cette section terminée, l'anus et l'anse grêle sur laquelle il est situé sont amenés au dehors après avoir désinséré une bride épiploïque et une anse grêle également adhérente à la portion herniée. Un fil de soie fin étreint les portions détachées pour éviter toute hémorragie.

Deux pinces à clamps sont mises au-dessus et au-dessous de l'anus et ce dernier est réséqué avec la portion de mésentère qui lui adhère. Hémostase et réunion du mésentère à l'aide d'un surjet, et abouchement des deux extrémités de l'intestin par une double suture : la première comprenant les trois tuniques — la seconde, séro-séreuse. Cette dernière est facilitée par ce fait que la paroi intestinale est un peu plus épaisse que normalement, mais par contre aussi un peu plus friable. On surveille tout particulièrement l'abouchement au niveau du mésentère et cela d'autant plus que le calibre du bout inférieur est un peu plus étroit que celui du bout supérieur.

Au cours de toutes ces manœuvres, la cavité péritonéale était protégée par des compresses, afin d'éviter toute cause de souillure. La suture terminée, on nettoie l'anse herniée à l'aide d'une compresse imprégnée d'eau oxygénée et on la rentre dans l'abdomen. Après avoir retiré les compresses de protection et s'être assuré qu'il n'existe aucun épanchement sanguin, on ferme la paroi en deux plans : un plan séro-musculaire profond au catgut et un plan superficiel au crin de Florence.

Réveil du malade un peu agité, nécessitant une injection de morphine.

15 *mars* 1905. — La nuit a été assez tranquille; à noter simplement quelques coliques et surtout une sensation de tiraillements du côté de la plaie pariétale. Température, 37 degrés; pouls 100.

Le soir, même sensation; a vomi un peu de liquide après avoir bu trop copieusement. On donne depuis ce matin une potion avec laudanum, XX gouttes et salicylate de bismuth, 5 grammes.

16 *mars*. — A reposé une partie de la nuit; la plaie n'est plus douloureuse, mais les coliques sont plus fréquentes et plus pénibles et occupent le gros intestin. Température, 37 degrés; pouls, 100. Miction facile et abondante; soif moins vive, même potion, injection de morphine à midi.

Dans la soirée, deux vomissements, soif vive, tympanisme stomacal assez prononcé, pouls à 108. Température : 37 degrés. On supprime la potion de laudanum. Le ventre n'est pas douloureux à la pression. La douleur siège sur le trajet du gros intestin et se traduit par des coliques accompagnées de gargouillements. Le facies est bon, nullement grippé, il n'y a pas d'agitation. On observe en somme les mêmes phénomènes de rétention que ceux qui ont été observés lors de la création des deux anus.

17 *mars*. — Les phénomènes d'occlusion persistent; aucune émission de gaz n'a eu lieu par l'anus, et la partie supérieure de l'abdomen est tympanisée. Le pouls est plein, régulier à 100 et la température normale. Le malade a reposé pendant deux heures à la suite d'une

injection de morphine, mais il a été ensuite tenu éveillé par des coliques fréquentes et douloureuses siégeant au creux épigastrique. Il a également vomi ce qu'il a pris, mélangé à de la bile.

Le pansement est défait et on essaie de laver le gros intestin par l'anus iliaque gauche : on a beaucoup de peine à pénétrer dans le bout supérieur, tant il est comprimé par la dilatation de l'estomac et des anses grêles. Du sérum chaud revient clair sans être mélangé à des matières; un lavement huileux ne pénètre pas, de telle sorte que les deux ne sont suivis d'aucun effet.

La partie inférieure du ventre n'est pas ballonnée et n'est pas douloureuse ; la région opératoire n'est le siège d'aucune inflammation ni d'aucune douleur et il est évident qu'on se trouve non en présence d'une infection péritonéale, mais d'une occlusion intestinale. Cette dernière est-elle due à une paralysie momentanée de l'intestin ou à un arrêt par coudure ou position vicieuse au niveau de la suture ? Il est impossible actuellement de s'en rendre compte et, si pénible que soient les douleurs éprouvées par l'opéré, le mieux est d'attendre encore avant de songer à intervenir.

Dans la soirée, aucune modification ne s'est produite. Toujours absence d'émission de gaz et de matières. Néanmoins, l'état général reste assez bon; le pouls est à 100, et la température à 37°4. Bien que les vomissements soient moins fréquents, la soif est vive parce que le malade n'ose pas boire beaucoup de peur de les provoquer, et aussi de peur de réveiller une sensation de brûlure et les coliques qui suivent l'absorption de liquide. Une injection de morphine est faite à 4 heures, et une autre à 9 h. 1/2 du soir. On prescrit, en outre, 20 grammes d'huile de ricin qui seront absorbés demain matin à la première heure.

La nuit a été moins pénible que les précédentes; l'huile de ricin, prise à 5 heures du matin, a été vomie en partie quatre heures après. Temp., 36°4; pouls à 96. Le ventre est toujours tympanisé, et aucune émission de gaz ni de matières n'a eu lieu. A 10 heures du matin, un lavement de sérum chaud, donné à l'aide d'une sonde introduite par l'anus iliaque, ramène des matières fécales liquides fortement teintées par la bile. Quelques gaz sont également émis par la sonde, ce qui amène une certaine détente et laisse espérer que la débâcle, si impatiemment attendue, va se produire. On entend des gargouillements et des borborygmes se passer dans les anses grêles, et la douleur siège toujours en barre au niveau de la région hypogastrique.

Un grand soulagement suit ce lavage intestinal, et l'après-midi et la soirée se passent assez bien, sauf quelques coliques, mais sans nausées, sans hoquets ni vomissements.

Un lavage au sérum chaud, suivi d'un lavement huileux, ramène une grande quantité de matières fécales liquides fortement colorées par la bile, et d'odeur franchement fécaloïde. Un assez grand nombre de gaz sont également émis, mais néanmoins le malade est moins calme qu'hier.

A partir de midi, reprises de douleurs vives en barre au niveau de

l'épigastre avec sensation d'étouffement. En outre, les intestins sont constamment parcourus par des gaz et font entendre des gargouillements bruyants. Une assez grande quantité de liquide souille le pansement de l'anus iliaque, et un lavage au sérum chaud ramène une grande quantité de matières fécales liquides, avec quelques fragments de matières grises molles.

C'est la première fois depuis hier que ces matières font leur apparition, et il y a lieu de se demander si quelques-unes d'entre elles ne forment pas bloc sur un point de l'intestin et ne sont pas la cause d'une occlusion partielle.

20 *mars*. — Ce matin, le malade est fortement souillé, mais les coliques persistent, et aussi une partie du tympanisme des jours précédents.

21 *mars*. — Du côté de la plaie opératoire, la réunion est complète. La nuit a été meilleure, grâce à une débâcle qui s'est produite ; une sonde œsophagienne introduite par l'anus iliaque pénètre assez facilement et ramène une notable quantité de gaz et de matières diarrhéiques colorées en vert foncé.

Dans la journée, les coliques sont un peu moins vives, mais le soir, il nous faut réintroduire la sonde pour faciliter l'issue des gaz et des matières.

Le matin, on a électrisé le ventre du malade en mettant une plaque sur le creux de l'estomac et le pôle positif en rapport avec l'intérieur du gros intestin par l'intermédiaire de la sonde œsophagienne remplie d'eau salée : courant de 8 milliampères, durée cinq minutes.

22 *mars*. — Electrisation avec un courant de 16 milliampères et de cinq minutes de durée. La journée se passe assez tranquillement, et le malade a pu s'alimenter: potage, œufs, crème, bouillon concentré.

23 *mars*. — La nuit a été relativement bonne, puisqu'il y a eu un sommeil de quatre heures de durée. Mais ce matin, les gargouillements sont plus forts, parce que le malade n'a pas eu de selles depuis hier matin.

Un lavage à l'eau alcaline ne ramène que peu de matières, mais permet la sortie d'un certain nombre de gaz.

Electrisation de six minutes avec 16 milliampères.

Journée assez calme jusqu'à cinq heures.

A sept heures du soir, on introduit la sonde qui a beaucoup de peine à pénétrer en raison de *la contraction de l'intestin* et une injection d'eau chaude ramène des gaz et des matières demi-solides.

26 *mars*. — L'orage intestinal semble devoir se calmer progressivement, les coliques et les gaz sont moins nombreux ; les selles sont encore fréquentes, mais les matières sont plus solides et ont repris en partie leur teinte normale. Les nuits sont meilleures et l'alimentation se fait mieux.

Avril. — Tous les symptômes intestinaux ont disparu, et les fonctions gastro-intestinales s'exécutent normalement ; les selles sont régulières, au nombre de deux par vingt-quatre heures, et se font sans aucune douleur ni colique. A signaler un petit abcès périnéal sans

réaction inflammatoire, au point où avait été placé le drain antérieur. Au bout de quelques jours, l'écoulement était tari.

L'alimentation se faisant bien, le malade a un état général excellent et a récupéré du 3 avril au 4 mai, c'est-à-dire en un mois, 10 kil. 200 (de 70,800 à 81 kilogrammes).

6 *mai*. — On se décide à fermer l'anus iliaque, fermeture réclamée depuis longtemps par le malade, bien que la majeure partie des matières s'écoulent par l'anus coccygien. Ce dernier, ainsi qu'il fallait le prévoir, en raison de l'absence de muqueuse à son pourtour immédiat, est très étroit et admet à peine un gros crayon de couleur. Il est cependant facile d'augmenter son calibre à l'aide de sondes ou en massant son pourtour. En faisant précéder la selle d'un petit lavement huileux ou glycériné, les matières sortent facilement.

La continence de cet anus coccygien est suffisante pour empêcher toute souillure dans l'intervalle des selles et pour donner au malade le temps de se rendre aux cabinets lorsqu'il éprouve la sensation d'aller à la garde-robe. Dans ces conditions, nous nous croyons autorisés à fermer l'anus iliaque dont les dimensions sont d'ailleurs tout à fait restreintes.

13 *mai*. — Anesthésie, morphine et cocaïne. Incision dans l'ancienne cicatrice, circonscrivant l'anus à 1 centimètre de ses bords.

Recherche de l'anneau fibro-musculaire qui entoure l'intestin et libération de ce dernier de ses adhérences à cet anneau. Ce temps est facilité par l'introduction préalable de l'index dans l'anus iliaque, ce qui permet de tendre les brides cicatricielles et de décéler l'existence des franges épiploïques.

Ablation et avivement de la colerette cutanée qui entoure l'anus, en allant de la périphérie vers l'orifice intestinal.

Avivement aux ciseaux courbes et fins du pourtour muqueux, et premier plan de suture refoulant la muqueuse en dedans et ne comprenant que la séro-musculeuse suivant la méthode de Gussenbauer.

Deuxième surjet enfouissant le premier, les deux faits au catgut fin de triolet.

Rentrée de l'intestin après hémostase et résection de quelques lobules graisseux qui auraient pu gêner la suture intestinale. Cette rentrée se fait très facilement grâce à la libération faite plus haut et qui n'a respecté l'adhérence au péritoine pariétal.

Rapprochement au catgut fort, par 4 points en croix, des bords de l'orifice fibro-musculaire.

Réunion de la peau au crin de Florence, sans drainage.

21 *mai*. — Ablation des fils, réunion parfaite; comme le malade n'a pas été constipé après son intervention, les fonctions de l'intestin se sont accomplies dès le troisième jour sans aucune difficulté.

Dans le courant de juin, à la suite d'un petit abcès de la marge de l'anus coccygien, le malade a eu de la difficulté pour aller à la selle pendant quelques jours et s'est laissé constiper. Il a suffi de quelques bains de siège et d'une dilatation avec une tige de laminaire et de lavements glycérinés administrés avec une sonde de Nélaton pour tout faire rentrer dans l'ordre.

Revu en septembre 1905. — Le malade, dont l'état général est parfait et qui pèse 80 kilogs, est resté plusieurs mois sans éprouver le plus léger malaise. Ces derniers jours, il a eu un petit furoncle au voisinage de son anus qui a causé une constipation par crainte d'aller à la selle. De grands bains de siège, des pansements à la vaseline et la cocaïne et un grand lavement glycériné donné avec une sonde de Nélaton, amènent rapidement la fin de la crise. L'orifice anal est, en effet, toujours dur et n'admet qu'une sonde de Nélaton, mais le malade le considère comme amplement suffisant.

Novembre 1906. — Depuis quelques mois, il a remarqué que du côté du point où avait siégé l'abcès ouvert en septembre 1905, il se formait de temps à autre un noyau induré qui rendait pénibles les selles. Quelques lavements et des bains de siège suffisaient pour faire tout rentrer dans l'ordre.

Mais depuis quelques jours, l'induration préanale, s'est propagée au périnée du côté gauche et a envahi un peu la fesse correspondante. Il existe même une fistule à 6 centimètres en avant de l'anus coccygien qui doit être en relation avec le rectum, puisqu'elle donne issue parfois à des matières fécales et à des bulles gazeuses. Cette fistule est réunie à l'anus coccygien par un trajet induré ayant le volume d'un porte-plume ordinaire, sensible à la pression et laissant écouler un peu de pus. L'exploration au stylet conduit vers le rectum mais ne permet pas d'y pénétrer. Mais si l'on injecte un liquide coloré, on ne tarde pas à le voir sourdre par l'anus.

En somme il existe une fistule anale, en tout comparable à celles qui s'observent au pourtour de l'anus périnéal.

Après anesthésie à la cocaïne, une sonde cannelée introduite par la fistule nous conduit dans une ampoule rectale néoformée, à hauteur des releveurs reconstitués et à 2 centimètres à peine au-dessus de l'orifice cutané. Ce dernier est fortement induré; quant au trajet fistuleux, il est largement incisé. Un second trajet qui se dirige vers le périnée antérieur et émet un prolongement vers la fesse gauche est également ouvert.

Le doigt, qui peut alors pénétrer facilement dans l'intestin, constate, comme nous le disions plus haut, qu'il s'est reformé une sorte d'ampoule rectale immédiatement au-dessus de l'anneau ou mieux de la fente élastique constituée par les releveurs, que nous avions eu soin de reconstituer lors de la résection du rétrécissement.

Pansement à plat de la plaie opératoire et guérison en quelques jours avec retour des fonctions intestinales.

Réflexions. — Le développement donné à l'observation précédente nous dispense de longs commentaires.

Nous avons eu affaire à un malade qui, à la suite d'une infection intestinale fréquente en Algérie, a vu se développer chez lui un rétrécissement fibreux, d'origine inflammatoire. On ne saurait, en effet, invoquer pour cette affection une origine spécifique, puis-

que le malade est indemne de toute lésion syphilitique et que le traitement approprié et intensif auquel il a été soumis est toujours resté sans effet.

Mais ce qui mérite d'être relevé dans son histoire pathologique, c'est l'existence de *crises douloureuses*, localisées au gros intestin et manifestement dues à l'association d'un élément nerveux et d'un élément inflammatoire. Nous les avons vu apparaître chaque fois qu'il y avait *rétention* des matières fécales, et acquérir une violence et une gravité telles que nous avons dû créer un anus temporaire sur la terminaison de l'intestin grêle.

En présence de l'étendue des lésions de la portion rectale de l'intestin, nous avons dû nous contenter d'aboucher la portion saine à la région coccygienne, nous privant ainsi du bénéfice de la conservation du sphincter anal. Mais, contrairement à l'opinion de certains chirurgiens, l'anus coccygien, lorsqu'il est surmonté de la sangle des releveurs, peut être considéré comme à peu près continent. C'est du moins ce qu'il nous a été donné d'observer chez deux de nos opérés, et notre malade actuel prétend même qu'il lui est loisible de se rendre au cabinet lorsqu'il éprouve le besoin d'aller à la garde-robe, et d'éviter ainsi la souillure du bandage en T qu'il porte en permanence.

M. Quénu. — Je ne comprends pas très bien pourquoi M. Sieur a fait un anus sur l'intestin grêle après en avoir déjà fait un sur le côlon iliaque gauche.

M. Sieur. — J'ai dû créer un anus sur l'intestin grêle, parce que les douleurs occupaient toute l'étendue du gros intestin et que j'ai craint, en créant un anus cæcal, de ne pas obtenir une exclusion suffisante de cet organe.

Présentation de pièce

Fibro-adénome du sein avec épithélioma et noyau tuberculeux.

M. Walther. — La pièce que je vous présente a été enlevée le 23 novembre dernier et me semble fort rare et intéressante par ses caractères cliniques et les lésions décelées à l'examen microscopique.

La malade, âgée de trente-cinq ans, était entrée dans mon service, à la Pitié, le 19 novembre dernier, pour une tumeur du

sein gauche. Aucune tare héréditaire. Aucun antécédent personnel. Deux grossesses normales; deux fausses couches.

Depuis dix mois environ, la malade s'aperçut du développement dans le sein gauche de petits grains durs, qu'elle compare elle-même à des grains de plomb irrégulièrement disséminés dans tout le sein. Plus tard apparut dans la partie gauche du sein, contre le bord externe de la glande, un noyau qui acquit rapidement le volume d'une noisette et continua d'augmenter régulièrement.

Enfin, depuis un mois, s'est développée sur la partie droite de l'aréole tout contre le mamelon une petite plaque dure, saillante, de coloration rosée.

A l'examen on constate que toute la glande est semée de grains durs donnant la sensation des grains de mammite chronique, de maladie noueuse. Elle est du reste absolument souple, mobile, sans aucune trace d'adhérence à la peau.

A la partie *externe* du sein, tumeur du volume d'un citron, légèrement bosselée donnant à une première palpation l'impression d'un adénome et semblant tout à fait libre et mobile. Mais, à ce niveau, s'il est facile de faire un pli à la peau, on constate cependant, par le refoulement en masse de tout le sein, un léger plissement de la peau et, par conséquent, des adhérences au début.

Enfin, contre le mamelon, sur la partie *interne* de l'aréole, complètement indépendant, un noyau dur, une plaque ressemblant absolument à une plaque de squirrhe.

Dans l'aisselle quelques ganglions, dont un assez volumineux.

Diagnostic : mammite chronique et fibrome diffus, avec épithélioma surajouté et localisé en deux points bien distincts : partie externe de la glande, partie interne de l'aréole.

M. le professeur Cornil a bien voulu faire l'examen de cette tumeur et m'a remis la note suivante qui fait l'intérêt principal de cette présentation.

Note de M. le professeur Cornil :

A travers la peau qui n'adhérait nullement à la tumeur, on sentait par la palpation une série de nodules très durs, de la grosseur d'un petit pois à une cerise. La peau, mince, se déplaçait facilement sur ces nodosités. En sectionnant la peau à ce niveau, on voyait au-dessous, entre elle et les petites tumeurs noueuses, une couche de tissu cellulo-adipeux. Ces nodules et le néoplasme qui occupait la plus grande partie de la mamelle, étaient indurés, compacts, sans kystes, donnant du suc laiteux, cancéreux par le raclage.

Examen au microscope :

Par places on trouve du fibro-adénome pur. Dans certaines parties, au milieu du cancer on trouve des acini mammaires complètement transformés en tissu fibreux. Là les tubes glandulaires et les culs-de-sac sont tout petits et contiennent à peine deux ou trois petites cellules pavimenteuses. Sur des coupes régulières, transversales, de ces culs-de-sac, on constate facilement que la bande périphérique qui les entoure n'est autre que la membrane propre extrêmement hypertrophiée et fibreuse.

A côté de ces parties, d'autres acini sont très volumineux; leurs culs-de-sac et leurs conduits excréteurs sont dilatés et remplis de grosses cellules polyédriques avec des noyaux très volumineux (cellules cancéreuses). La paroi de certains de ces culs-de-sac est encore conservée.

Enfin, dans d'autres parties, on a la structure typique de l'épithélioma tubulé et alvéolaire, avec des tubes et des alvéoles remplis de grandes cellules cancéreuses, un tissu conjonctif assez épais constituant la paroi de ces cavités. Sur une même coupe on trouve quatre ou cinq acini atteints de fibro-adénome ou de fibrome pur; la plus grande partie de la coupe est occupée par des acini cancéreux et une partie plus minime par l'épithélioma tubulé typique.

Sur une autre série de coupes, nous avons vu surtout le type de l'épithélioma tubulé et alvéolaire, mais dans un point nous avons constaté l'existence d'un foyer tuberculeux tout à fait caractérisé; en effet, on y trouvait au centre plusieurs grandes cellules géantes avec une quantité de noyaux (de vingt à trente noyaux ovoïdes à la surface de la cellule géante). Il y avait plusieurs cellules géantes à la partie centrale de cet îlot qui était entouré d'une couronne de plusieurs couches de leucocytes mononucléaires et de tissu conjonctif, le tout bien séparé de la partie cancéreuse. Cet îlot tuberculeux existait sur une série de coupes pratiquées au même endroit; c'est d'ailleurs le seul îlot tuberculeux trouvé dans les coupes.

Dans une troisième série de coupes, nous avons choisi une partie de la tumeur qui présentait seulement de petits nodules de la grosseur d'une tête d'épingle au milieu d'un tissu cellulo-adipeux. Là on trouve un tissu fibreux au milieu du tissu adipeux, des acini glandulaires qui sont atrophiés et entourés d'un tissu fibreux assez épais. Dans d'autres acini, on trouve des culs-de-sac dilatés et enfin, dans d'autres îlots, le type du cancer alvéolaire avec de grosses cellules.

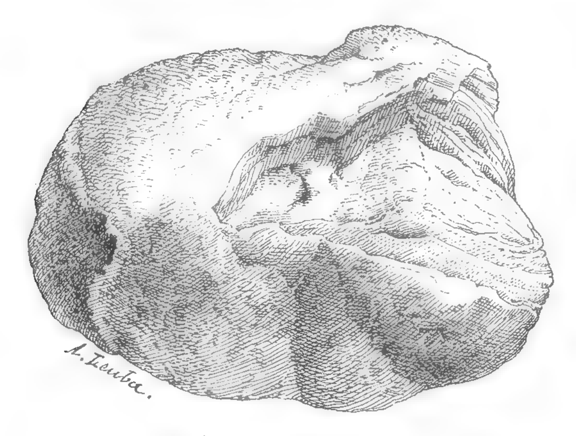
Les ganglions lymphatiques, complètement cancéreux, sans qu'il y ait trace des follicules préexistants, offrent le type de l'épithélioma tubulé et alvéolaire dans toute sa pureté.

Énorme calcul vésical extrait par la taille urétro-vésico-vaginale,

par M. LEJARS.

Je tiens à vous présenter ce calcul vésical à cause de sa grosseur insolite, des conditions particulières dans lesquelles il a dû être enlevé, et de l'histoire clinique assez étrange de la malade qui le portait.

C'était une dame de soixante-deux ans, qui souffrait de la vessie



Énorme calcul vésical.

depuis de longues années et, à plusieurs reprises, avait expulsé de petits calculs. Les douleurs étaient devenues plus intenses et plus tenaces dans les dix-huit derniers mois, mais la malade s'était toujours refusée à un examen local. Il y a trois semaines seulement, vaincue par la souffrance, elle permit à son médecin, M. le Dr Bouchard (de Chartres), de faire une exploration : le toucher vaginal révéla tout de suite un énorme corps étranger, dur, inclus dans la partie déclive de la vessie, le col et l'origine de l'urètre, et sur lequel vint buter une sonde introduite par le méat ; la nature calculeuse de ce corps étranger ne laissait aucun doute. Mais la malade ne se prêta à aucun traitement. Les mictions étaient devenues souvent involontaires, du sang était de temps en temps mêlé à l'urine, les douleurs ne cessèrent de s'accroître, et bientôt des accidents fébriles apparurent. Enfin, devant la gravité menaçante de la situation, une intervention fut acceptée et, quelques heures après son arrivée à Paris, j'opérais la malade, qui était dans un état d'angoisse extrême : l'urine s'écoulait de façon continue au dehors, teintée de sang ; toute la région urétro-vul-

vaire était infiltrée, l'urètre très dilaté : on sentait la grosse masse calculeuse qui remplissait le fond de la vessie et se prolongeait en avant dans l'urètre, elle était immobile et fixe; la température était de 38°2, le pouls à 90, dur, tendu, la face un peu congestive ; l'exploration du rein demeurait négative ; il n'y avait pas d'accidents urémiques caractérisés.

Sous l'anesthésie générale, je passai d'abord le doigt dans l'urètre et je me rendis compte que le pôle antérieur du calcul était enclavé au niveau du col, démesurément élargi, et qu'il ne se prêtait à aucune mobilisation de bas en haut ni latérale; j'incisai alors, en long et sur la ligne médiane, la paroi urétro-vaginale et vésico-vaginale sur une étendue de 5 à 6 centimètres; les bords de la fente repérés avec des pinces, j'introduisis le doigt, non sans peine, entre la paroi vésicale et le pourtour de la pierre, et je reconnus que le volume de celle-ci dépassait encore ce que l'examen extérieur indiquait; elle était à plein dans la vessie, collée à la paroi et fixée encore sur une grande partie de sa surface par des saillies et des aspérités; de plus, il fut aisé de se convaincre qu'elle ne céderait à aucun effort de morcellement : c'est à peine si je parvins à briser quelques fragments de la coque, tout le reste était d'une dureté irréductible. Il fallut donc faire l'extraction en masse du calcul, et après un certain nombre de prises infructueuses, je finis par l'amener au dehors, en le faisant basculer d'arrière en avant. La vessie, qui saignait modérément, fut détergée à l'eau stérile chaude, et l'incision urétro-vésico-vaginale réunie sur toute sa longueur; une sonde fut laissée.

Le lendemain se passa à peu près bien : la température était à 37°; beaucoup d'urine était émise par la sonde et coulait entre la sonde et le méat, elle ne contenait que très peu de sang; mais le pouls restait tendu, comme la veille et, vers le soir, survint une torpeur cérébrale de mauvais augure; le surlendemain, les accidents cérébraux s'aggravèrent très vite et se terminèrent par la mort.

Le Secrétaire annuel,

P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1906

Présidence de M. SEGOND.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Des lettres de MM. JEANBRAU (de Montpellier) et de M. LOP (de Marseille) qui posent leur candidature à la place de membre correspondant.

A propos de la correspondance.

M. HARTMANN dépose sur le bureau de la Société de chirurgie un mémoire de M. VALLAS, intitulé : *Traitement des cancers du pharynx*. — M. HARTMANN, rapporteur.

M. BAZY apporte à la Société un travail de M. LAPEYRE (de Tours), intitulé : *Deux cas de torsion intra-abdominale du grand épiploon*. — M. BAZY, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Kyste de l'utérus.

M. CH. MONOD communique l'examen histologique fait par M. le Dr Piquand, du kyste de l'utérus, qu'il a présenté dans la séance du 15 juin dernier (1).

1° *Coupes d'un fragment pris à la partie supérieure de l'utérus et comprenant toute l'épaisseur de la paroi du kyste.*

Sur la partie externe des coupes, on voit l'endothélium péritonéal bien conservé, doublé d'une couche de tissu celluleux; au-dessous, on trouve une couche épaisse de tissu fibro-musculaire composée de fibres musculaires lisses disposées en faisceaux à direction variable, de tissu conjonctif et de vaisseaux. Ce tissu est analogue au tissu utérin normal, sauf que les vaisseaux paraissent plus nombreux et plus volumineux que d'ordinaire; quelques-uns des vaisseaux fortement dilatés sont remplis de fibrine et de globules sanguins.

Sur les coupes faites à la partie moyenne du fragment, on voit apparaître au milieu du tissu fibro-musculaire des éléments arrondis et fusiformes, bien colorables par les réactifs, qui paraissent être des cellules sarcomateuses; parmi ces cellules, les unes apparaissent au milieu des fibres musculaires et conservent une disposition fasciculée, les autres, et c'est le plus grand nombre, apparaissent autour des vaisseaux, qui sont très nombreux; certains de ces vaisseaux ont une structure normale, avec endothélium bien net, et sont simplement entourés par les cellules néoplasiques qui forment une sorte de couronne autour d'eux sans pénétrer dans leur lumière; d'autres paraissent de simples lacunes, sans paroi propre, réunies au milieu d'un bloc de cellules rondes; quelques-uns de ces vaisseaux ont une lumière très petite et paraissent presque complètement oblitérés par la prolifération des cellules néoplasiques.

A mesure qu'on se rapproche de la paroi du kyste, les cellules rondes et fusiformes augmentent, tandis que les fibres musculaires diminuent progressivement, de sorte qu'on en arrive à ne plus voir sur les coupes que des cellules arrondies ou fusiformes; certaines de ces cellules sont disposées autour des vaisseaux embryonnaires, d'autres forment des faisceaux dont la disposition rappelle celle des faisceaux de fibres musculaires; la plupart sont disposées très irrégulièrement dans une sorte de réseau fibrillaire présentant une disposition qui rappelle celle du lympho-sarcome. Le nombre de ces cellules néoplasiques est d'ailleurs très variable : en certains points, ces cellules sont extrêmement nombreuses, tandis qu'en d'autres points, on ne trouve

(1) P. 584, n° 22, du tome XXXII de nos *Bulletins* (1906).

qu'un réseau fibrillaire renfermant çà et là quelques noyaux arrondis. A la partie la plus interne de la coupe, qui constitue la paroi de la cavité kystique, les cellules rondes sont extrêmement nombreuses; tassées les unes contre les autres, elles forment une couche presque continue d'épaisseur variable.

2° *Examen des fragments pris sur la paroi inférieure de la cavité kystique.*

Cette paroi est formée presque exclusivement par du tissu fibro-conjonctif œdématié moins richement vascularisé que celui de la paroi supérieure et renfermant un petit nombre de fibres musculaires mal colorées par les réactifs. Toute la partie moyenne de cette paroi est formée par des travées de tissu conjonctif à disposition fibrillaire limitant entre elles de petites fentes remplies de cellules conjonctives avec quelques vaisseaux entourés de cellules rondes. Sur les coupes qui avoisinent immédiatement la cavité kystique, le tissu conjonctif est plus dense, plus compact, et les cellules rondes sont plus nombreuses; toutefois, nulle part ces cellules ne forment une couche continue comme au niveau de la paroi supérieure du kyste. Sur les coupes faites au voisinage de la cavité utérine, on ne voit presque pas de traces de la muqueuse utérine; presque partout l'épithélium muqueux a disparu, et on ne trouve qu'une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif embryonnaire.

3° *L'examen d'un fragment des travées filamenteuses* qui cloisonnent la cavité kystique montre que ces travées sont formées exclusivement par du tissu fibro-conjonctif constitué surtout par des fibrilles irrégulièrement entrelacées limitant une sorte de réseau dont les mailles sont remplies de tissu conjonctif moins dense, œdématié, renfermant très peu de vaisseaux.

4° *Examen de la paroi utérine au-dessous du kyste.*

Cette paroi est formée de tissu fibro-conjonctif richement vascularisé et de fibres musculaires lisses disposées en faisceaux ou en tourbillons autour des vaisseaux; on voit quelques cellules rondes autour des vaisseaux et entre les fibres musculaires; nulle part, il n'y a de formes de transition nettes entre ces cellules rondes et les fibres musculaires.

La muqueuse utérine est assez fortement épaissie; les culs-de-sac glandulaires paraissent dilatés et s'enfoncent profondément dans le tissu sous-jacent. Le tissu sous-épithélial et sous-muqueux renferme de nombreux-vaisseaux et est infiltré d'un grand nombre de cellules embryonnaires formant une couche épaisse entre l'épithélium et le tissu fibro-musculaire sous-jacent.

En somme, sarcome kystique de l'utérus à cellules rondes et fusiformes. La formation du kyste paraît due à l'œdème et à l'infiltration du tissu fibro-sarcomateux par suite de compression ou d'oblitération des voies de retour du sang par les cellules néoplasiques.

Rapports.

Sur une observation de M. H. Barnsby (de Tours), intitulée : *Plaie grave de la rate par coup de couteau, guérie par la splénectomie.*

Rapport par M. F. LEGUEU.

M. Barnsby nous a envoyé, le 11 juillet dernier, l'observation très intéressante que voici :

Le 14 novembre 1905, je suis appelé d'urgence auprès d'un homme, Louis N..., âgé de vingt-huit ans, garçon boucher, qui, six heures auparavant, avait reçu un coup de couteau dans le 8e espace intercostal gauche.

A mon arrivée, je trouve le malade profondément déprimé, avec des symptômes d'hémorragie interne très accentués : la température est à 35°5, le pouls à 140, les extrémités sont refroidies, le facies est décoloré, la respiration est très difficile et la dyspnée très marquée.

A l'examen du malade, je constate une plaie de 2 centimètres environ, à bords très nets, siégeant dans le 8e espace intercostal gauche, à 2 centimètres en avant de la ligne maxillaire. Par cette plaie, il s'est écoulé une quantité relativement peu abondante de sang. Il existe une douleur très vive, au palper, dans l'hypocondre gauche. La contracture de la paroi abdominale gêne la percussion, qui dénote cependant une zone de matité, descendant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. L'auscultation est négative.

Je fais, séance tenante, envelopper mon malade dans des flanelles très chaudes, et je lui fais faire une injection de 1.000 grammes de sérum dans la saphène interne.

Peu à peu, le malade se réchauffe, le thermomètre monte à 36°8. La vessie, vide au moment de l'accident, donne, à la sonde, 200 grammes d'urine claire et normale.

J'interviens neuf heures après l'accident, après avoir posé avec réserves le diagnostic de plaie grave de la rate.

Opération, 14 novembre 1905. — Le malade est prudemment endormi au chloroforme, après avoir été incliné sur le côté droit, à l'aide d'un fort drap roulé placé le long de l'épine dorsale. Un second coussin est placé dans l'espace costo-iliaque droit.

Je pratique alors une incision transversale, commençant à 4 centimètres de la ligne médiane et s'arrêtant en arrière dans le voisinage de la masse sacro-lombaire (après avoir suivi le rebord costal à un bon travers de doigt de cette saillie osseuse).

Ayant incisé peau et muscles, j'ouvre la grande séreuse, et, les deux lèvres de ma plaie bâillant largement, je peux faire une exploration

rapide et facile. La cavité abdominale étant en effet, de ce fait, largement ouverte, je tombe tout d'abord sur l'épiploon dont plusieurs gros vaisseaux ont été sectionnés et saignaient abondamment. Une ligature est jetée sur cet épiploon, qui est relevé et ramassé en haut et à droite.

Un flot de sang noir fait alors irruption de la profondeur et du côté gauche. Je tamponne rapidement avec des compresses sèches, tandis qu'un aide relève et refoule à droite l'estomac distendu.

J'aperçois alors un fragment assez volumineux de la rate, représentant le quart environ de cet organe, et presque complètement détaché.

L'hémorragie se renouvelant et devenant alarmante, je saisis, avec index et pouce gauches, le pédicule splénique, pendant que ma main droite va détacher la rate de la voûte diaphragmatique et l'attire en avant dans la plaie opératoire.

Le ligament phréno-splénique qui résiste est sectionné sur une pince et lié ensuite. Deux clamps sont placés sur le pédicule vasculaire. Le fragment de la rate, aperçu au début de l'opération, tient encore à la grosse tubérosité de l'estomac par quelques vaisseaux. Un fort catgut est placé sur le second pédicule. Deux fils semblables sont jetés sur le hile de la rate.

Le temps opératoire principal terminé et exécuté en dix à douze minutes, j'éponge la fosse splénique et je tamponne provisoirement pour tarir une légère hémorragie en nappe. Je débarrasse ensuite la cavité abdominale du sang épanché, qui remplit même l'arrière-cavité des épiploons. Le foie, les voies biliaires sont intacts. Le rein gauche est indemne. L'intestin est soigneusement examiné. Cinq sutures sont placées sur la première anse jéjunale, dont la séreuse et la musculeuse ont été déchirées.

En terminant, je passe en revue le diaphragme et, pour ce faire, je place une large valve abdominale sur le rebord costal. Je m'aperçois alors que ce muscle porte une plaie, correspondant à celle du 8e espace intercostal. Cette plaie diaphragmatique, après asepsie minutieuse, est suturée et fixée à la plèvre pariétale.

D'un coup de bistouri, j'agrandis la plaie externe et place un drain dans la plèvre.

L'incision transversale est suturée en un plan avec des fils d'argent, et, au niveau de son extrémité postérieure, je place un gros drain, entouré de deux mèches de gaze cordées, qui assurent l'hémostase de la loge splénique.

Suites opératoires. — Immédiatement après l'opération, le pouls est petit; la température tombe à 36 degrés, les extrémités sont froides, bien que, pendant toute l'opération, j'aie cru devoir faire faire à mon *blessé* 1.000 grammes de sérum en injection intra-veineuse.

Le 15 novembre, la respiration est excessivement gênée. Je mets cette dyspnée très marquée sur le compte du pneumothorax, intervenu par le drain pleural qui est supprimé. La température est à 38 degrés, le pouls à 120. Le malade, très agité, est calmé par trois injections de morphine caféinée (5 milligrammes de morphine et 10 centigrammes de caféine).

Le 16 novembre, le malade est calme; la température tombe à 37°8, le pouls à 100.

Le 17 novembre, l'apyrexie est complète, le pouls est à 80.

Le 19, le drain abdominal et les mèches sont supprimés. Les fils sont enlevés le douzième jour. La convalescence se passe sans incidents.

Telle est l'observation de M. Barnsby, observation heureuse qui vient s'ajouter à la liste des opérations rares encore pour plaies de la rate.

Les plaies de la rate sont, en effet, beaucoup plus rares que les ruptures; si, depuis quelque temps, nous voyons souvent figurer dans nos Bulletins des observations de rupture, les observations de plaies de la rate, au contraire, s'y montrent beaucoup moins souvent. M. Février dans son remarquable rapport au Congrès de chirurgie n'en signalait que 8 cas: Berger (1), il est vrai, en 1902, en réunissait 43 cas, et Schæfer (2) arrivait à 71 observations sans détail.

Mais Lebreton (3) en 1904, dans une bonne thèse, ne donnait que 28 observations.

Depuis lors, je trouve une observation de Williams (4), une autre de Irwing Ludlow (5), une de Coste (6), et une de Souligoux qui, signalée seulement dans nos Bulletins, ne figure pas dans les statistiques précédentes, ce qui ferait 33 observations y compris celle de M. Barnsby.

Je ne veux pas à ce propos reprendre l'histoire entière des plaies de la rate.

Je ne veux signaler que les points par lesquels ces plaies se distinguent des ruptures.

Elles s'en distinguent surtout par la coexistence de lésions viscérales portant sur l'estomac et le foie (42 p. 100), sur le rein (24 p. 100), sur l'intestin (15 p. 100), et surtout, par la blessure constante de la plèvre et du diaphragme.

Aussi les plaies de la rate sont-elles toujours très graves.

(1) Berger. Die Verletzung der Milz und ihre chirurgische Behandlung, *Arch. v. Langenbeck*, t. LXVIII, p. 768.

(2) Schäfer. Laparotomie transpleurale pour plaies de la rate. *Beitr. z. klin. Chir.*, t. XXXVI, 3, 1902.

(3) Lebreton. Contribution à l'étude des plaies de la rate. *Thèse de Paris*, 1903-1904.

(4) Williams. Plaies pénétrantes du thorax intéressant le diaphragme et l'abdomen. *Annals of surgery*, 1904, t. II.

(5) Irwing Ludlow (de Cleveland). Suture de la rate pour hémorragie traumatique. *Annals of surgery*, 1905, t. VII.

(6) Coste. Plaie pénétrante de l'abdomen avec blessure de la rate. *Arch. de méd. et de phar. milit.*, 1905, t. I, p. 438.

Berger, sur 14 cas non traités par l'opération, ne trouvait que 3 guérisons ; 11 malades sont morts faute d'opération, dont 8 par hémorragie, le premier jour de l'accident.

Les chiffres réunis par Schæfer montrent également que sur 51 malades qui n'ont pas été opérés, un seul a guéri.

Il y a cependant lieu de faire remarquer que les *plaies de la rate avec hernie*, assez communes après coup de couteau, sont beaucoup moins graves que les plaies de la rate en place. L'hémostase peut se faire spontanément; les chances d'infection sont moindres, en outre le traitement est plus facile.

Quoi qu'il en soit, je ne veux pas insister sur ce point : nous savons tous la gravité des plaies viscérales, et si celles de la rate sont au premier plan de cette gravité, il y a là, plus qu'ailleurs, nécessité de pratiquer l'opération lorsque l'on soupçonne une plaie de la rate.

Dans cette question, deux faits seulement méritent d'être mis en relief, c'est celui de la conduite à tenir par rapport à la rate, et celui de la voie à suivre pour l'aborder.

Sur la manière de traiter la rate, il n'y a guère que deux moyens, c'est la splénectomie ou la suture. Le *tamponnement*, en effet, ne peut guère compter dans cet organe mou et mobile, et je crois bien que seul Demoulin dut un succès à un tamponnement et encore à un tamponnement partiel de la rate. Mauclaire dut aussi, dans un cas où il ne pouvait faire autrement, se contenter, faute de mieux, du tamponnement de la région splénique.

Lebreton rapporte en tout six tamponnements, avec quatre guérisons et deux morts.

Le tamponnement n'est donc plus à la rate ce qu'il est au foie : l'éloignement de la rate de la paroi, sa sensibilité ne permettent pas de le faire avec la même facilité et la même sécurité qu'on le fait au niveau du foie : ce moyen ne peut être qu'un pis-aller.

La *suture* a été pratiquée 9 fois : 5 fois pour des plaies par coup de couteau (Delagenière, Korte, Williams, Irwing Ludlow, Coste), avec cinq guérisons; 4 fois pour des plaies par armes à feu (Tiffany, Stern, Krjendow, Souligoux), avec quatre guérisons opératoires et une mort de tétanos. Elle est la méthode de choix pour toutes les plaies linéaires, nettes, si facilement accessibles; le tissu de la rate coupe souvent; il faut des aiguilles mousses, des fils assez gros, et une bourre épiploïque, placée dans la plaie à la manière de Lœvy, permettrait d'ailleurs de serrer sans déchirer.

Voici enfin la *splénectomie* qui comportait 17 opérations toujours dans la série de Lebreton; l'observation de M. Barnsby porte ce nombre à 18 avec 10 guérisons et 8 morts. Cette gravité

relative s'explique en ce que la splénectomie n'est pratiquée que pour les plaies plus graves, plus sérieuses et dont l'hémostase est autrement difficile. Lorsque la rate est sectionnée profondément ou de part en part, la splénectomie est en effet la seule opération praticable avec sécurité et de beaucoup préférable à la ligature des vaisseaux spléniques. Il en était ainsi dans le cas de M. Barnsby et la splénectomie a donné entre ses mains un succès de plus que j'ai ajouté à la liste précédente.

Pour cette opération, quelle est la *voie à suivre*? Et chaque fois qu'il s'agit d'un traumatisme de la rate, la même question se pose. Ici, cependant, il y a une considération à ce point de vue qui n'existe pas avec les ruptures. Les plaies de la rate succèdent presque toujours à des plaies perforantes du thorax intéressant les quatre derniers espaces intercostaux. A ce niveau il y a quelquefois hernie de l'épiploon, mais il y a toujours blessure de la plèvre et du diaphragme si le poumon, plus élevé, est d'ordinaire respecté.

Certains auteurs, Schæfer en particulier, préconisent la *voie transpleurale* pour aborder la rate; ils conseillent d'agrandir la plaie, d'aller par cette voie jusqu'à l'abdomen, et bien que, pratiquée de cette façon, l'opération ait pu donner des succès (Delagenière), ou que même de ce côté on ait pu pratiquer la splénectomie, ce n'est pas elle du moins que je voudrais préconiser.

S'il y a de l'épiploon en arrière, qu'on le réduise par cette plaie postérieure au besoin agrandie, soit.

Mais pour la rate, la voie sera antérieure ou latérale, et l'incision franchement horizontale que M. Barnsby a choisie avec M. Pauchet paraît très heureuse. Elle lui a permis non seulement d'aborder la rate facilement, mais encore de faire par cette voie la suture de la plaie diaphragmatique. Si elle était insuffisante d'ailleurs, si la rate avait un court pédicule, il n'y aurait qu'à lui adjoindre la résection du bord inférieur du thorax, dont il fut ici si souvent question dans ces derniers temps, ce qui, à peu de frais, donnerait beaucoup de jour. Je crois cependant que toutes les fois que cela sera possible, il y aura avantage à restreindre l'opération à son minimum.

Telles sont, Messieurs, les courtes réflexions que je voulais ajouter à l'observation de M. Barnsby. Ce n'est pas la première qui vienne témoigner ici de l'activité, de la sagacité de notre jeune confrère, et j'espère que vous voudrez bien vous souvenir de ses titres, de ses travaux et de ses qualités chirurgicales lorsque le moment viendra très prochainement d'ajouter quelques unités de valeur à la liste de nos correspondants nationaux.

En attendant, je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Barnsby.

M. MICHAUX. — Notre collègue Legueu a très justement fait ressortir dans son rapport l'insistance des argumentateurs sur les voies d'accès de la rate dans les traumatismes de cet organe; je suis absolument d'accord avec lui sur ce point.

J'ai eu, pour ma part, l'occasion de faire une splénectomie pour plaie de la rate par balle de revolver : l'orifice d'entrée du projectile me faisant craindre une plaie de la grande courbure de l'estomac, j'ai pratiqué une laparotomie médiane exploratrice sus-ombilicale. Par cette incision, j'ai constaté l'intégrité de l'estomac et la plaie de la rate, mais il ne m'a pas été possible de faire par cette incision l'extirpation de la rate, et je me suis vu obligé de faire une grande incision transversale de la paroi abdominale, et par cette incision l'extirpation a été faite très vite et très facilement.

Je crois donc que M. Barnsby a très bien fait de recourir à l'incision transversale sous-costale; je crois que cette incision est l'incision de choix, et que seule elle permet facilement la splénectomie; il faut surtout avoir soin de conduire son incision très loin en arrière.

Quant à la voie transpleurale son emploi me paraît devoir être tout à fait exceptionnel.

M. HARTMANN. — L'incision transversale est peut-être la meilleure pour aborder la rate; n'empêche qu'en pratique, lors de plaies de la rate, on commencera le plus souvent, comme notre collègue Michaux, par faire une laparotomie médiane, parce qu'on n'a pas de diagnostic ferme sur le siège des lésions et que l'incision médiane est la meilleure comme voie d'exploration. C'est à elle que j'ai eu recours dans un cas de plaie de la rate par arme à feu. Je fis la splénectomie sans grandes difficultés. Un autre point de mon observation mérite aussi d'être noté, car il s'ajoute à ceux que nous a signalés Legueu de concomitance de lésions avec la plaie splénique; chez ma malade, quelques jours après l'opération, il s'établit une fistule gastrique. Malgré celle-ci, la guérison eut lieu complètement.

Fibrome utérin et cancer du col ignoré.

M. Ricard. — M. Savariaud nous a communiqué une observation de « fibrome utérin et de cancer du col ignoré » avec pièce à l'appui.

Voici en quelques mots cette observation résumée :

Malade de quarante et un ans, entrée à l'hôpital Lariboisière pour des douleurs pelviennes récentes. La malade n'a jamais eu de métrorragies. Ses dernières règles seules ont été plus abondantes que de coutume. Après examen, M. Savariaud porta le diagnostic d'utérus fibromateux compliqué de pelvi-péritonite.

L'opération montra que le diagnostic était exact. Notre collègue put enlever un utérus bourré de fibromes ayant le volume d'une tête d'enfant; il eut à détruire des adhérences entre le côlon pelvien et les annexes atteintes d'hydrosalpinx. Mais la section sus-vaginale du col utérin, en découvrant un orifice béant, donnant issue à de la sanie putrilagineuse, montra qu'outre les lésions prévues, il existait un épithélioma de la cavité du col. Séance tenante, M. Savariaud pratiqua l'ablation du col et de la portion attenante du vagin, « il termina par un drainage vaginal, tout en diminuant la béance de l'orifice de section par des sutures; il sutura aussi hermétiquement que possible le péritoine vésical au péritoine pelvien; la paroi abdominale fut refermée par trois plans sans drainage. »

M. Savariaud fait suivre son observation de la description macroscopique de la pièce enlevée et il insiste sur l'intégrité apparente du museau de tanche, que le toucher vaginal faisait croire normal.

La conclusion de l'auteur est qu'il convient de faire toujours une hystérectomie subtotale basse, permettant d'explorer le col, mais ne recourir à l'hystérectomie totale que sur indication sérieuse.

Une note terminant l'opération nous apprend que la malade est morte le cinquième jour avec agitation et délire, mais, dit l'auteur, sans phénomènes d'infections. Pendant quatre jours, la malade est restée à 37 avec pouls de 90 à 100, langue humide, urines abondantes, selles et gaz, ventre souple. Aucune supuration nulle part. Le jour de la mort la température monta à 38°6. Mais le délire datait du troisième jour ; la malade était si agitée qu'elle se leva de son lit. Elle continua de s'agiter et de gémir jusqu'à sa mort.

Le vagin ayant été pansé à la gaze iodoformée, le chef de service, M. Reynier, fit retirer cette mèche iodoformée le quatrième jour, mais elle fut remise par maladresse le cinquième jour.

L'autopsie ne révèla aucune lésion ; le péritoine était absolument sain, le péritoine pelvien seulement ecchymotique avec un peu d'œdème cérébral, dit l'observation. Les reins étaient petits, mais sains.

Telle est cette observation dans ses grandes lignes. Elle nous suggère certaines réflexions.

1° Elle montre la coexistence possible du cancer du col et du fibrome, fait banal, en somme, mais qui nous éclaire sur la fréquence prétendue des dégénérescences cancéreuses du moignon de col utérin après les hystérectomies subtotales.

La Société de chirurgie s'est déjà longuement occupée de cette question à la suite du plaidoyer ardent de notre collègue Richelot.

Si je ne m'abuse, chacun est resté sur ses positions, M. Richelot, partisan convaincu de l'hystérectomie totale pour fibromes, la plupart d'entre nous restant fidèles à l'amputation sus-vaginale du col, intervention éminemment plus simple, plus bénigne et plus satisfaisante à tous égards.

Dès la communication de M. Richelot, je faisais remarquer que nombre des observations qu'il nous avait étiquetées : hystérectomie sub-totale et dégénérescence cancéreuse du col, portaient sur des cas où cette prétendue dégénérescence avait suivi de quelques semaines ou de quelques mois l'ablation utérine. La plupart des observations qu'il nous cite se rapportaient à des faits analogues à celui que nous fait connaître M. Savariaud avec cette différence que, dans ces cas de M. Richelot, l'existence du cancer fut méconnu jusqu'au bout, et le col cancéreux, mais supposé intact, abandonné dans le ventre.

Je ne veux pas dire que toutes les observations de notre collègue Richelot sont analogues à celles-ci, mais il y en a un certain nombre qu'il doit défalquer de la statistique qu'il nous a communiquée.

L'année dernière, j'eus dans le même mois deux cas que je pus observer à la maison de santé de la rue Blomet, et qui tous deux eussent donné raison à M. Richelot, si je n'avais pu faire le diagnostic complet.

Dans un cas — malade épuisée par les pertes, cachectique, avec œdème flasque des deux membres inférieurs, douleurs pelviennes intenses, — la laparatomie montre un très gros fibrome. La section du col est saine. Mais, l'attention éveillée par l'état général de la malade, je fais pratiquer séance tenante l'examen de la pièce qui démontre une dégénérescence cancéreuse située à l'une des cornes utérines. Immédiatement, je pratique l'extirpation totale du col.

Chez une deuxième malade, l'examen clinique me fait d'avance

reconnaître un col suspect et un fibrome utérin. Aussi, malgré l'avis d'un de nos futurs collègues, qui recommandait l'abstention opératoire, à cause d'une ménopause prochaine, j'insistai pour l'intervention, et l'intervention totale. L'événement me donna raison. L'induration légère du col, que le toucher m'avait fait reconnaître, n'était que le bourrelet inférieur d'une ulcération épithéliale de la cavité du col.

Dans ces deux cas, si j'avais pratiqué l'amputation susvaginale classique, je n'aurais pas dû m'étonner si, dans les mois suivants, le moignon que j'avais laissé eût présenté des lésions de dégénérescence cancéreuse.

Il nous faut remercier M. Richelot d'avoir attiré notre attention sur ces faits. Mais, comme M. Savariaud, je tirerai de leur examen une conclusion différente de la sienne : je resterai fidèle à l'hystérectomie sus-vaginale, à condition que, faite assez basse, elle renseigne toujours sur l'intégrité du col, et qu'elle soit toujours accompagnée de l'ouverture utérine et de l'examen de la pièce enlevée, pour peu qu'il y ait doute sur la qualité du fibrome.

Un dernier point pour terminer. M. Savariaud accuse l'iodoforme de la mort de sa malade. Je manque de documents précis pour accepter ou rejeter à fond l'opinion qu'il exprime, abrité par l'opinion de son maître, Reynier. Mais j'ai la conviction intime, à défaut de preuves d'ordre scientifique, qu'il s'agit de septicémie. J'ai le souvenir de deux malades, que j'ai hystérectomisées par la voie haute pour cancer utérin ; que toutes deux sont mortes, l'une le sixième jour, l'autre le douzième jour, avec des suites postopératoires immédiates des plus trompeuses, puis sans réaction, avec une température peu élevée ; la mort survint sans que je puisse incriminer ni l'iodoforme, ni le shock si commodes, parce que : 1° je ne me sers jamais d'iodoforme, et 2° les premiers jours qui ont suivi l'opération avaient été excellents, du moins en apparence. Force m'était donc d'admettre que mes malades avaient succombé à une inoculation septique d'origine opératoire, qui s'intensifia lentement, mais sûrement, sur un terrain déprimé par les hémorragies et par l'intoxication épithéliale.

Ma conviction fut aussi basée sur ce fait que ces deux malades auxquelles je fais allusion avaient été opérées dans une maison de santé, et n'avaient pas ou avaient insuffisamment subi les préparations préalables que j'impose à mes malades d'hôpital. Je reviendrai d'ailleurs sur ce sujet à l'occasion de la communication de notre collègue Faure.

Pour aujourd'hui, je me bornerai à émettre un doute sur l'hypothèse émise par M. Savariaud pour expliquer la mort de sa malade, et je dirai seulement que la cancéreuse de l'utérus pré-

sente un terrain éminemment favorable aux ensemencements septiques, et que, localement, toutes les conditions sont réunies pour que cet ensemencement ait lieu, si l'on ne prend pas contre lui les plus minutieuses précautions.

M. Quénu. — Je veux appuyer les réflexions de M. Ricard sur la pathogénie des accidents qui ont entraîné la mort de la malade de M. Savariaud. Nous manquons de données pour expliquer cette mort scientifiquement; je veux dire seulement qu'on ne peut éliminer la septicémie sous le prétexte que le pouls et la température ont conservé longtemps la normale. Sans doute l'élévation de la température et l'accélération du pouls sont les conséquences habituelles d'une infection quelconque; ce ne sont point des signes inéluctables. J'ai observé plusieurs faits à l'appui de cette remarque, entre autres celui d'un malade, maçon de son état, qui m'avait été apporté à Cochin avec une histoire d'appendicite. Son facies était médiocre, le ventre tendu, plutôt plat, le thermomètre au-dessous de 37, le pouls à 72. J'ouvris le ventre, il était plein de pus et plein d'un pus septique ; l'opéré mourut dans la nuit.

Chez plusieurs infectés (et spécialement dans les cas ou l'infection avait une origine intestinale), j'ai observé du ralentissement du pouls; il est certain que, si la plupart ont une action accélératrice, certains poisons microbiens ont une action de ralentissement, ce que nous observons n'est qu'une résultante, et c'est là du reste un fait général, quand il s'agit des poisons microbiens, sur lequel insistait M. Bouchard dans une de ses leçons d'ouverture. On conçoit que dans certaines conditions qui nous échappent la production du poison ralentisseur prédomine et imprime une physionomie exceptionnelle aux accidents observés.

Fracture verticale des branches horizontale et descendante du pubis gauche. Déchirure de l'urètre membraneux. Incision périnéale. Cystotomie sus-pubienne. Drainage abdomino-périnéal. Guérison,

par M. Rouvillois, médecin-major,
répétiteur à l'École du service de santé militaire.

Rapport par M. BAZY.

Sous ce titre, le D[r] Rouvillois nous a envoyé l'observation d'un militaire atteint de fracture du bassin, compliquée de déchirure de l'urètre membraneux.

J'y joindrai l'observation sommaire d'un malade de mon service, de façon à esquisser devant vous le *Traitement des déchirures de l'urètre membraneux* et à provoquer vos réflexions et l'évocation des cas que vous pourriez avoir observés.

Voici d'abord l'observation envoyée par le Dr Rouvillois.

Le 1er août, est apporté à une heure et demie à l'Hôpital militaire Desgenettes un soldat, ouvrier d'administration, qui, vers onze heures du matin, a été violemment serré entre un wagon et l'arête tranchante d'un petit pont volant; il aurait été tamponné d'avant en arrière et ainsi roulé dans tous les sens.

Immédiatement après, on constate, indépendamment de l'état de choc traumatique, un écoulement de sang du méat urétral. Localement, on constate au niveau des côtes iliaques et de leur trochanters de petites plaies superficielles, témoignage du point d'application de la violence traumatique.

1° Au-dessus de l'arcade cervicale gauche, une voussure correspondant à un épanchement sanguin traumatique qui augmente sous les yeux de l'observateur.

2° Une voussure périnéale avec ecchymose en fer à cheval, encadrant la moitié antérieure de l'orifice anal.

La région hypogastrique est douloureuse, mais on ne perçoit pas le globe vésical.

Douleur particulièrement vive sur la branche horizontale du pubis gauche.

Le toucher rectal ne donne pas de renseignements suffisamment précis.

Le cathétérisme avec une sonde de Nélaton ne ramène qu'une ou deux gouttes de sang et pas la moindre trace d'urine.

Le Dr Rouvillois diagnostique une fracture du bassin, avec lésion des voies urinaires inférieures, sans pouvoir préciser s'il s'agit d'une déchirure de l'urètre ou d'une rupture sous-péritonéale de la vessie.

Il croit cependant plutôt à une rupture sous-péritonéale de la vessie, et il procède en conséquence à l'opération.

Taille hypogastrique qui permet tout d'abord d'évacuer de nombreux caillots occupant la cavité de Retzius et de constater l'existence d'une fracture de la branche horizontale du pubis gauche, à un travers de doigt de la symphyse.

La vessie apparaît au fond comme un globe rouge et tellement tendu qu'il décide de l'ouvrir quand même, malgré son intégrité apparente.

L'ouverture de la vessie laisse échapper de l'urine claire, ambrée. Il conclut donc qu'il s'agissait d'une rupture de l'urètre.

Le malade est mis dans la position de la taille périnéale.

Incision médiane de la racine des bourses, à un travers de doigt de l'anus; on tombe dans une cavité à parois irrégulières et sanglantes, où on sent un foyer de fracture de la branche ascendante du pubis.

Sans s'attarder à la recherche du bout postérieur, grâce à l'incision vésicale, M. Rouvillois fait d'arrière en avant dans l'urètre un tube en caoutchouc rouge n° 15 sous lequel on pratique trois orifices intra-vésicaux.

L'orifice vésical est rétréci et abouché à la peau.

Pas de suture du périnée, qui est trop infiltré.

Drainage du foyer de la fracture par un drain introduit grâce à une incision iliaque et conduit derrière le trou sous-pubien pour continuer l'incision périnéale.

Drain en avant de la vessie. Un litre de sérum en injection souscutanée. Le malade est placé dans une gouttière de Bonnet et on établit un siphonnage vésical et urétral.

Le 19 août, suppression du drain prévésical.

Le 24, le drain prévésico-iliaque qui avait été attiré en bas de façon à laisser la plaie iliaque se fermer, est supprimé.

Le drain vésico-urétral est remplacé par un sonde en gomme à bout coupé n° 19.

Le 6 septembre, fièvre 39 degrés. La plaie hypogastrique, qui était fermée, s'est rouverte, et le malade est souillé par l'urine.

Le sonde était bouchée par des dépôts phosphatiques, elle est changée.

Le 11 septembre, la plaie se rouvre à nouveau. On remplace alors la sonde en gomme par une sonde de Nélaton, qu'on changera tous les jours.

Le 17 septembre, nouveaux ennuis : suintement purulent par le canal et par la plaie périnéale qui n'est pas fermée, de même que la plaie hypogastrique ; poussée d'épididymite droite.

La sonde en caoutchouc rouge, qui ne pénétrait plus dans la vessie, est remplacée par une sonde en gomme qui y est conduite et qu'on change tous les deux jours.

Le 29 septembre, la sonde est supprimée. On passe des Béniqué à partir du n° 40, et on arrive progressivement au n° 56.

Le 17 octobre, le malade se lève. Il urine à plein jet ; l'urine est claire, l'état général est excellent.

M. Rouvillois fait suivre son observation de quelques réflexions : 1° sur la difficulté du diagnostic : il pense qu'il est très difficile dans les grands traumatismes de distinguer une rupture sous-péritonéale de la vessie d'une déchirure de l'urètre.

Il me permettra à ce sujet de lui faire observer qu'il existait chez son malade un signe de la plus grande valeur pour lui per-

mettre de diagnostiquer une rupture de l'urètre : c'est l'urétrorragie.

L'urétrorragie n'existe pas dans les ruptures traumatiques de la vessie.

Le cathétérisme ne pouvait être ici d'un grand secours pour le diagnostic, l'extrémité de la sonde allant se cacher trop profondément dans le périnée. Néanmoins, même avec une rupture traumatique de la vessie, la sonde, si elle eût pénétré dans la vessie, aurait ramené de l'urine sanguinolente, alors qu'elle n'a ramené qu'un peu de sang.

Messieurs, je m'arrête dans la critique : il est toujours plus aisé de critiquer que d'agir : et la conduite à tenir est plus facile à indiquer après coup, qu'au moment où l'on doit intervenir. Bien des faits qui paraissent contingents et accessoires vus à distance et dans le recul du temps, sont au contraire les plus importants au moment précis où il faut prendre une résolution et agir, et cependant on ne les apprécie pas à leur valeur.

Les circonstances fortement atténuantes que je viens d'indiquer ne sauraient toutefois nous dispenser de dire ce que nous pensons être la vérité, et cela dit, il me paraît plus rationnel de dire qu'il eût mieux valu commencer par l'incision du périnée.

Celle-ci eut pu suffire, soit qu'elle eût été médiane, soit qu'elle eût été prérectale. J'ai touché ce point assez longuement, dans un rapport sur une observation de notre collègue Riche. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1903, p. 1056.)

Je n'y reviendrai donc pas.

Mais cette incision qui eût permis de retrouver le bout postérieur peut quelquefois être insuffisante, et, en pareille circonstance, il est donc indiqué de faire le cathétérisme rétrograde. On eût été conduit, de cette façon, à exécuter en second lieu le temps opératoire que M. Rouvillois a fait tout d'abord.

M. Rouvillois attribue la rapidité de la guérison de son malade à la précocité de l'intervention et au drainage maximum qu'il a fait, et en particulier à la cystotomie sus-pubienne qu'il a pratiquée d'emblée.

Ici, je ne suis pas tout à fait d'accord avec lui ; car rien ne prouve qu'il n'ait pas guéri aussi vite son malade avec la simple incision périnéale sans le secours d'une cystotomie.

Permettez-moi d'ajouter à l'observation de M. Rouvillois une observation personnelle qui a avec celle que je viens de résumer un lien commun : la similitude des lésions primitives avec cette aggravation qu'il existait une rupture de la vessie et une rupture de l'urètre, et que ces lésions siégeaient chez un malade porteur d'un rétrécissement blennorragique de l'urètre. Mais le

malade n'est entré dans mon service que deux jours après le traumatisme, alors qu'il existait un phlegmon diffus du petit bassin, de la paroi abdominale.

Je dus me contenter de faire faire des débridements multiples, de drainer par l'hypogastre la vessie ouverte dans le foyer.

M..., terrassier, âgé de quarante-deux ans, entré le 3 mars 1906, salle Robert, lit n° 2, hôpital Beaujon, service de M. Bazy.

Entre à l'hôpital à la suite d'un accident survenu deux jours auparavant (le 7 mars). A été pris entre deux wagons de chemins de fer et serré entre les tampons au niveau du bassin. Ne se souvient plus de rien sur les circonstances et les suites immédiates de l'accident. Soigné à domicile pendant deux jours.

3 *mars.* — Opération n° 484, par M. Sénéchal; *Taille hypogastrique pour rupture de la vessie par fracture du bassin.*

Incision médiane de 17 centimètres environ. Après dissociation des muscles droits on arrive sur la graisse périvésicale qui est infiltrée d'urine d'odeur légèrement ammoniacale. On va à la recherche de la rupture qui se trouve sur le bord latéral droit au voisinage de la symphyse. Le bord horizontal du pubis présente du reste un trait de fracture. On met trois points en U puis on cherche le sommet de la vessie pour l'inciser, mais on ouvre le péritoine qui est épaissi, très adhérent au fond de la vessie ainsi que l'épiploon, qu'on libère. On referme le péritoine et on fait plus bas une boutonnière vésicale qu'on fixe à la peau. Sonde de Pezzer. Fermeture par deux plans. Drain de la cavité de Retzius.

Il se montra en outre plus tard une fusée purulente à la partie interne de la cuisse que je dus faire ouvrir par une incision située à 7 ou 8 centimètres du pubis.

Ce n'est que quand les plaies furent détergées, quand je n'eus plus à craindre d'opérer dans un milieu trop septique, que je pus songer à rétablir la continuité de l'urètre. La situation se compliquait en outre de l'existence d'un rétrécissement blennorragique de l'angle périéo-scrotal.

Elle était, il est vrai, simplifiée par l'existence d'un méat hypogastrique, par lequel coulait toute l'urine recueillie par une sonde.

Voici comment se présentait le malade au moment où je l'opérai.

A l'hypogastre, plaie allongée de 5 centimètres de long et 2 et demi environ de large, plate, ne bourgeonnant pas, ne voulant pas se cicatriser malgré les stimulants que nous mettions à la surface; au centre de cette plaie le méat hypogastrique; à la partie interne de la cuisse gauche une plaie pustuleuse donnant encore un peu de pus et ne laissant plus passer l'urine comme elle le faisait autrefois, quand la sonde ne fonctionnait pas.

Un rétrécissement périen ne laissant passer que le n° 6 de la filière Charirère, et un rétrécissement infranchissable peut-être même une oblitération de la portion périnéale et membraneuse de l'urètre.

Au reste, voici la note que m'a remise mon externe Rousselot.

2 *juillet* 1906. — Exploration de l'urètre.

N° 20, arrêté à la racine de la verge;

N° 8, ne passe pas;

N° 6, passe un premier rétrécissement, puis est arrêté plus loin.

Filiforme ne passe pas le rétrécissement périnéal.

Du 2 au 24 *juillet* : Nombreuses tentatives de cathétérisme avec filiforme.

24 *juillet*. — Opération n° 503 par M. Bazy.

Urétrotomie pour retrécissement traumatique inflammatoire du périnée consécutif à une fracture du bassin. Urétrotomie interne combinée.

Etant donné que les tentatives de cathétérisme par l'urètre étaient infructueuses et que toutes les bougies s'arrêtaient au périnée, on décide de faire le cathétérisme rétrograde.

On introduit le cathéter de Farabeuf. Pour cela on introduit par la fistule hypogastrique la sonde Farabeuf qui pénètre assez profondément mais qu'on n'arrive pas à sentir dans le périnée à travers la peau. On va à sa recherche en faisant l'incision de la taille pré-rectale. Ce n'est qu'après un temps très long et à travers des tissus dans lesquels il est absolument impossible de trouver quelque chose qui ressemble à un urètre même rétréci. On ne reconnaît pas de prostate. On peut admettre aussi bien anatomiquement que cliniquement que l'urètre est complètement oblitéré.

Pour retrouver le bout antérieur, on introduit par le méat le conducteur droit de l'urétrotome par le bout lisse de façon que le pas de vis soit extérieur. On constate alors (ce que l'on avait vu dans une tentative antérieure faite quelques jours auparavant), que ce bout est arrêté dans la partie moyenne du périnée plus près de la racine des bourses que de l'anus. On fait tomber une incision médiane sur l'incision pré-rectale. On trouve des fongosités qui semblent être en continuité avec les fongosités situées autour de la fracture du pubis dont il sera question plus tard.

On met à nu l'extrémité du conducteur, on visse une bougie armée sur ce conducteur. On attire le tout en arrière et en bas de façon à faire saillir l'armature dans le périnée au niveau de la plaie périnéale. On enlève le conducteur. On visse sur la bougie armée la portion droite du conducteur cannelé de l'urétrotome du service (urétrotome de Bazy). On peut faire alors une urétrotomie interne de cette partie antérieure et on incise sur une longueur de 5 centimètres sur 3 diamètres (8, 10, 12, le 12 sur la paroi supérieure).

Cela fait on peut (quoique l'urétrotomie ait été faite d'arrière en avant), introduire une sonde à bout coupé qui sort par le périnée.

On excise alors du côté gauche dans le triangle ischio-bulbaire du tissu fibreux et on tombe alors sur une cavité remplie de fongosités qui communique avec la fistule crurale et d'où l'on retire un drain de 1 centimètre de diamètre et de 5 centimètres de long. On gratte le

trajet, puis au moyen de la sonde de Farabeuf, on fait passer dans l'urètre postérieur la bougie armée, grâce à laquelle on peut faire passer la sonde à bout coupé (n° 18) de l'urètre antérieur à l'urètre postérieur et de là dans la vessie où on la met en bonne position.

On fait alors une suture profonde du périnée avec des fils de catgut, de façon à reconstituer un urètre autour de la sonde. Cela peut être fait sur une grande partie, sauf au niveau de la branche gauche du pubis où était le drain et où on constate une fracture en partie consolidée et dont les deux fragments sont encore en partie séparés suivant un angle aigu. On profite de cette disposition pour drainer par la cuisse au lieu de drainer par le périnée. On met un drain après avoir agrandi par en haut l'orifice fistuleux et diminué la longueur du trajet. Ce drain sort par la partie inférieure de l'incision; on met au-dessous un unique point de suture, laissant le reste du trajet ouvert en dessous.

Suture de la peau, crins de Florence.

Pansement aseptique.

Chloroforme.

La plaie hypogastrique a mis plus de trois mois à se fermer, tant les tissus paraissent avoir peu de vitalité et malgré un état général en apparence bon. La plaie périnéale n'est pas encore complètement cicatrisée. La plaie de la cuisse n'a pas tardé à être fermée complètement.

Les deux observations, celle de M. Rouvillois et la mienne, ne font qu'une, mais les conditions dans lesquelles chacun de nous a observé son malade étaient loin d'être semblables, et puis l'existence d'une rupture vésicale semblait expliquer tous les accidents. Ce n'est que plus tard que le diagnostic de la rupture de l'urètre membraneux a pu être fait, quand nous avons vu l'abcès de la face interne de la cuisse.

Mon observation prouve, en tout cas, par les complications qu'a présentées cette fracture du pubis, qu'il est urgent de traiter ces traumatismes dès le début et de ne point attendre le développement de ces complications.

Mon cas était lui-même un cas compliqué, puisque le malade était déjà porteur d'un rétrécissement blennorragique très serré.

En terminant, je vous prie de vouloir bien remercier M. Rouvillois pour son intéressante communication et de vouloir bien vous souvenir qu'il est candidat à une place de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Fistule urétéro-vaginale. Sonde urétérale à demeure. Guérison,
par M. E. JEANBRAU,
professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Rapport par M. BAZY.

Je résumerai brièvement l'histoire de la malade qui fait le sujet de cette observation. Il s'agit d'une femme de vingt et un ans qui paraît avoir été infectée, en 1903, tout de suite après son mariage, car elle eut très rapidement des phénomènes de cystite et des douleurs pelviennes.

Après une fausse couche de deux mois et des crises de pelvi-péritonite, elle entra, en mars 1905, à la clinique gynécologique, où le Dr Guérin lui fit une colpotomie postérieure qui évacua une poche pleine de pus épais et fétide.

Le quatrième jour après son opération, elle s'aperçut qu'elle perdait une partie de ses urines par le vagin.

La colpotomie, dit le Dr Jeanbrau, n'ayant consisté que dans une simple incision de la muqueuse vaginale avec effondrement au doigt de la poche purulente, on ne pouvait songer à une blessure de la vessie ou de l'uretère par les ciseaux.

Il devait s'agir de l'ulcération par le pus de l'un de ces deux organes.

M. Jeanbrau, appelé en consultation, put rapidement mettre hors de cause la vessie et diagnostiquer une fistule de l'uretère.

Une première séparation avec l'appareil de Luys donna de l'urine à droite, rien à gauche. C'était une fistule gauche.

Une deuxième séparation avec le même appareil donna de l'urine à droite seulement pendant un quart d'heure, puis, au bout d'un quart d'heure, le côté gauche se mit à couler.

Il recueillit ainsi assez rapidement 50 centilitres à droite, et 30 à gauche.

La séparation avait été étanche, puisque, dit M. Jeanbrau, une grosse sonde introduite immédiatement après l'ablation de l'appareil ne donna rien du tout.

Cela prouvait tout simplement que toute l'urine avait pu couler au dehors par les deux tubes.

Pour expliquer les différences de fonctionnement de l'appareil dans ces deux opérations, M. Jeanbrau fait deux hypothèses: ou bien dans le premier cas l'orifice urétéro-vésical était bouché par un grumeau purulent évacué depuis, ou bien la fistule étant latérale, partielle, dans la position assise seule l'urine pouvait couler dans la vessie

Il ne nous dit pas si, pendant ces deux opérations, l'urine coulait aussi par le vagin.

Le résultat de l'analyse fourni par la deuxième séparation que nous fournit M. Jeanbrau est tout de même un peu déconcertant et ferait mettre en doute l'étanchéité de la séparation.

En effet, voici le tableau dressé par M. Jeanbrau.

Quantité. . . .	20 c.c.	30 c.c.	20 c.c.
Réaction. . . .	acide	acide	acide
Urée par litre .	3 gr. 02	6 gr. 22	4 gr. 12
Chlorures. Id. .	1 gr. 20	1 gr. 50	1 gr. 10
Albumine . . .	traces	9 gr. 40	0 gr. 30
Examen du dépôt après centrifugation.	Globules de pus. Bactéries secondaires.	Quelques glob. de pus. Pas de microbes.	Quelques glob. de pus. Pas de microbes.

Je n'insiste pas sur ce point, à la vérité peu important, pour le sujet qui nous occupe.

M. Jeanbrau désirait rétablir le plus vite possible le cours de l'urine, mais ne pouvait songer à faire une ablation des lésions annexielles par voie abdominale, ces lésions étant trop septiques, trop aiguës, ce que démontrait l'état fébrile de la malade.

Il fit un traitement par l'eau chaude pour apaiser ces phénomènes inflammatoires, puis, la fièvre étant tombée, il fit, environ trois semaines après la séparation, une tentative de cathétérisme d'uretère avec le cystoscope à vision directe de Luys et cette tentative réussit ; il mit à demeure une sonde n° 8 à bec de canard, et *deux jours* après il faisait l'hystérectomie abdominale avec l'ablation des annexes suppurées.

Il voulut, une fois l'utérus et les annexes enlevés, chercher l'uretère gauche ; mais quoiqu'il fût repéré en quelque sorte par le cathéter qui était dans son intérieur, il ne put le trouver au milieu des tissus indurés qui tapissaient le petit bassin.

Six jours après l'opération, huit jours après la mise en place de la sonde urétérale, celle-ci fut enlevée, et la malade ne fut plus souillée par l'urine.

Ces faits se passaient il y a un an et demi. Depuis, la malade se porte très bien. M. Jeanbrau a fait la cystoscopie un an après l'opération ; il n'a pas pu voir l'orifice de l'uretère gauche ; il aurait voulu lui faire la séparation pour voir comment fonctionnait le rein gauche, mais la malade n'a pas voulu se soumettre à de nouvelles manœuvres ; mais aucun symptôme n'indiquait que le rein gauche souffrît : il n'y a aucun symptôme de rétention rénale.

M. Jeanbrau nous dit qu'il a cherché dans la littérature médicale des exemples de fistules de l'uretère consécutives à une suppu-

ration pelvienne, et n'en a pas trouvé. Je n'en ai pas trouvé non plus.

Cependant, j'en ai observé une que l'on a plutôt attribuée à l'intervention chirurgicale qu'à l'ulcération de l'uretère par un foyer septique. M. Jeanbrau pense qu'il s'agit d'une ulcération de l'uretère par le pus. C'est possible, mais rien ne le prouve.

Mon cas est le suivant.

Il s'agit d'une jeune femme de trente et un ans, Mme V..., qui m'était adressée par mon ancien interne, le Dr Berthier (de Roanne).

Mariée en 1891, elle avait dû être opérée en 1895 par un chirurgien de Lyon, qui lui avait fait une colpotomie.

Elle s'était rétablie, mais cependant elle était encore assez souffrante pour qu'on lui ait conseillé les eaux de Saint-Sauveur. A la suite d'une saison à ces eaux, en 1902, elle dut être opérée à nouveau, d'abord en octobre, puis en décembre; c'est à la suite de cette dernière opération qu'elle commença à perdre ses urines.

On trouva en effet dans le cul-de-sac latéral postérieur et à droite un orifice fistuleux douloureux, à côté d'une masse dure douloureuse du volume d'une grosse noix.

Je pensai qu'une intervention conservatrice pouvait lui être conseillée; elle repartit dans son pays. J'ai su depuis que son chirurgien lui avait fait une néphrectomie.

M. Jeanbrau aborde ensuite la question des fistules latérales de l'uretère qui ont été niées par quelques auteurs; il pense que sa malade est un exemple de ces fistules latérales et il a raison : il est certain que le cathétérisme de l'uretère n'aurait pas pu être fait si le canal avait été interrompu.

Je pourrais y ajouter un autre exemple : celui d'une jeune femme de mon service, qui, à la suite d'une hystérectomie abdominale pour suppuration pelvienne très septique, avait eu une fistule urétérale.

La particularité curieuse que présentait cette malade, c'est que l'écoulement d'urine se faisait par l'orifice du col utérin que je n'avais pas enlevé en totalité.

Je prends la précaution, quand je fais des hystérectomies subtotales, de cautériser vigoureusement au thermo-cautère ce qui reste de la muqueuse cervicale.

Après m'être bien assuré qu'il s'agissait d'une fistule urétéro-utérine et non d'une fistule vésico-utérine, je me proposais de faire une urétéro-cysto-néostomie, car j'avais recueilli à plusieurs reprises toute l'urine qui s'écoulait par le vagin et j'avais reconnu que sa valeur fonctionnelle était suffisante pour en autoriser et en justifier la conservation.

Or, deux jours avant celui que j'avais fixé pour l'opération, on me dit que la malade ne perdait plus d'urine par le vagin.

En l'examinant au spéculum, je m'aperçus que l'orifice utérin était fermé.

J'ai l'habitude, en effet, dans les cas d'hystérectomie subtotale de cautériser fortement la cavité cervicale.

Les progrès de la rétraction cicatricielle avaient amené la fermeture du col et la fistule était fermée.

Les résultats de l'analyse d'urine faite quelques jours auparavant et comparés à ceux des analyses faites plusieurs jours auparavant ne pouvaient me faire supposer que l'écoulement de l'urine eût été tari parce que la source l'était elle-même, en d'autres termes que le rein fut détruit. D'autre part, je n'ai constaté aucun phénomène qui pût me faire supposer qu'il y eût de la rétention rénale.

En terminant, je vous prie de voter des remerciements à M. Jeanbrau pour son intéressante observation et de la déposer dans vos archives.

Sur une observation de M. le Dr H. Barsnby (de Tours) intitulée : *Pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéo-scrotal.*

Rapport par M. S. POZZI.

L'observation que nous présente M. le Dr Barnsby, professeur à l'école de médecine de Tours, est des plus intéressantes. Il a pris sur lui-même de faire ressortir les points importants dans les réflexions dont il a accompagné l'exposé de ce fait. Je me bornerai à lire son travail, à vous demander de l'insérer dans nos Bulletins. Je vous rappelle enfin que M. Barnsby, qui nous a déjà présenté plusieurs observations intéressantes, est candidat au titre de membre correspondant national.

Observation. — En mars 1900, M. et Mme R... viennent, dans mon cabinet, me présenter leur fille âgée de douze ans. La mère me raconte qu'en donnant des soins intimes à son enfant, elle s'est aperçue de quelque chose d'anormal et, sans vouloir me donner de plus amples détails, elle me prie de l'examiner.

La jeune fille en question porte une superbe chevelure. Cependant l'aspect général est mâle. Le visage présente des poils comme chez un jeune homme, avec traces de moustaches et barbe naissante; la voix est forte et nettement masculine. L'examen général démontre une taille de 1m58. Le système osseux est celui d'un adolescent, bien qu'il

existe un certain degré de scoliose. Le système musculaire trahit un affaiblissement évident.

Les seins sont nettement apparents et même assez saillants. Le thorax est celui d'une jeune fille, la peau est fine et glabre.

La région sous-ombilicale en revanche est franchement masculine : poils sur l'abdomen, dans la région génito-anale, sur les parties voisines des fesses et sur la face postérieure des cuisses; mont de Vénus très peu accentué, grandes lèvres aplaties, membres inférieurs absolument mâles.

Dans le décubitus horizontal, les cuisses écartées, on aperçoit un pénis de 6 à 7 centimètres de long, avec prépuce tout à fait rétracté, présentant l'aspect du pénis d'un garçon juif de douze ans. Cette verge est peu saillante, comme collée au pubis et est inférieurement maintenue par une bride résistante. Le gland est imperforé. Son extrémité est marquée d'une simple encoche sous forme de rainure qui se continue avec une bandelette charnue, ou bride déjà signalée, s'étendant du gland au méat urinaire à 3 centimètres environ au-dessous de la racine du pubis. L'orifice urétral est féminin; plus bas se trouve un orifice vulvaire, vagin rudimentaire terminé en cul-de-sac (fig. 1).

Au-dessous de celui-ci se trouve enfin le frein des grandes lèvres. — Les petites lèvres sont peu développées; les grandes lèvres n'apparaissent presque pas. — La grande lèvre gauche est aplatie et vide. Celle du côté droit est plus saillante et on sent très nettement un testicule avec épididyme et cordon spermatique. Par le toucher rectal je ne puis trouver ni prostate ni utérus.

J'arrivai rapidement à cette conclusion, à savoir que je me trouvai en présence d'un hypospade mâle, élevé en femme par erreur de sexe et je dus avouer à la famille la triste vérité.

La mère me raconta alors toutes ses angoisses. Elle avait eu d'abord deux fils parfaitement constitués. La naissance d'une fille avait été pour elle une joie immense. Elle avait attiré chez elle de bonne heure quantité de fillettes auprès de la sienne, très intelligente et excellente musicienne. Depuis un an surtout, elle avait été frappée du changement qui s'opérait chez cette enfant : aspect spécial du visage, apparition d'une fine moustache et traces de barbe, voix masculine de plus en plus forte, allures bizarres de cette jeune fille, qui cessait d'avoir pour sa mère les prévenances d'autrefois, qui ne mettait plus aucune coquetterie à s'habiller, qui avait pour l'une de ses petites amies des accès de tendresse exagérée et cherchait à s'enfermer avec elle sous le moindre prétexte, etc.

Je fus un an sans voir cette famille qui passa ces douze mois dans un profond chagrin, ne sachant que faire.

En 1902, je conduisis l'enfant à Paris chez mon maître le Dr Pozzi qui, après examen, confirmant mon diagnostic, l'envoya chez le Dr Brouardel. Ce dernier conseilla la rectification de l'état civil, ce qui fut fait. Lors de cette première visite, j'interrogeai le Dr Pozzi au sujet de la conduite à tenir au point de vue chirurgical. Car, bien que le père fut décidé à faire de cette pseudo-fille un véritable garçon, sa

peine était grande à la pensée que son enfant serait forcé de mettre culotte bas chaque fois qu'il urinerait. C'était là pour le père l'unique préoccupation du moment. Le Dr Pozzi me conseilla de tenter une intervention en plusieurs temps malgré la difficulté.

La famille quitta aussitôt la France en me promettant de me ramener le jeune homme dès qu'un temps moral aurait amené l'oubli dans la localité où ils habitaient.

L'enfant fut mis en pension en Angleterre et me revint en août 1903 à l'époque des vacances.



FIG. 1.

Première intervention. (*Section de la bride*, fig. 2). Août 1903. — La verge étant saisie et tirée fortement en avant, une incision transversale fut faite sur la partie moyenne de la bandelette charnue qui maintenait la coudure de l'organe; par suite de la traction la plaie affecta la forme d'un losange. Je fis alors deux incisions libératrices suivant les lignes AB et CD (fig. 2 B), je décollai alors le lambeau et le suturai à l'aide de fines aiguilles et de fins crins de Florence à la ligne EF. Deux points latéraux G et H furent placés pour maintenir le lambeau. En un mot, je fis là une véritable autoplastie par glissement, et le redressement fut obtenu en maintenant la verge fixée contre la paroi abdominale par des bandelettes de gaze collodionées.

Deuxième intervention (*Création du canal balanique*, fig. 3). Août 1904. — J'avivai les deux lèvres de l'échancrure figurant l'ébauche du méat normal. La dite échancrure étant trop peu profonde, je fis une incision

médiane. J'interposai ensuite un petit bout de sonde entre ces deux lèvres rafraîchies et cruentées, et je suturai par-dessus au moyen de quatre points de suture au fin crin de Florence.

Troisième intervention. (Création d'un nouveau canal pénien depuis le gland jusqu'au voisinage de l'ouverture hypospadienne ou méat féminin fig. 4). Août 1905. — Je me contentai de tracer sur la face inférieure de la verge, à droite et à gauche de la ligne médiane, deux incisions parallèles limitant entre elles une surface suffisante pour recouvrir une

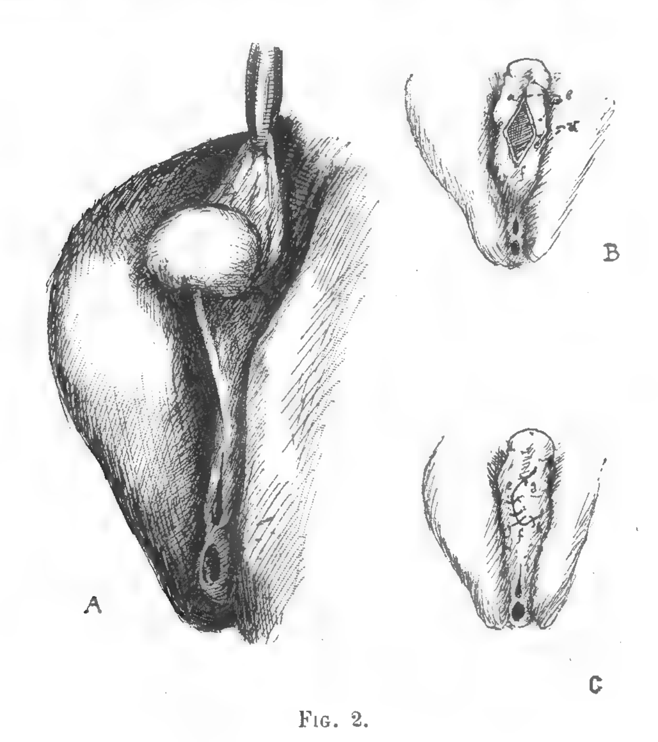


FIG. 2.

sonde n° 18. Quelques coups de bistouri agrandirent la surface d'avivement. Des points au catgut fin suturèrent par-dessus la sonde les bords internes des incisions. Des points au crin de Florence affrontèrent superficiellement les deux lignes cruentées. Les suites opératoires furent excellentes et dans la convalescence le nouvel urètre pénien fut soigneusement calibré afin d'éviter toute tendance à la rétraction.

Quatrième intervention. (Abouchement des deux portions de l'urètre, fig. 5). Août 1906. — Une sonde à demeure n° 18 ayant été introduite par le méat et le nouvel urètre pénien presque dans la vessie, le méat féminin ou ouverture hypospadienne fut circonscrite par une incision ovalaire passant à 8 millimètres environ de ses bords. La lèvre interne de l'incision fut disséquée rabattue en dedans, puis suturée au catgut

fin. Ce premier plan au catgut une fois fait, les deux lèvres externes furent attirées sur la ligne médiane et suturées par-dessus au crin de Florence.

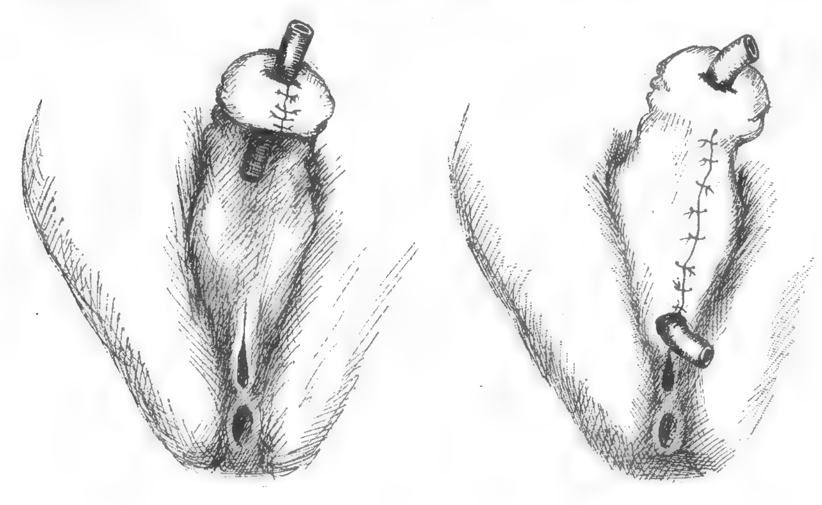


Fig. 3. Fig. 4.



Fig. 5.

Les fils furent retirés le huitième jour et la sonde à demeure le neuvième jour.

Le dixième jour le malade put uriner très facilement par son nouvel urètre. Pendant la quinzaine suivante, des injections de sérum artificiel chaud assurèrent la désinfection de la vessie et un cathétérisme quotidien avec des bougies en gomme (n°s 18 à 22) permirent de maintenir intact le calibre de l'urètre.

Le malade me quitta le trentième jour en parfait état.

La verge était normale, quoique peu développée encore. Les urines étaient lancées assez fortement avec un jet volumineux. L'érection était devenue rectiligne.

M. Barnsby fait suivre ces observations des réflexions suivantes :

« Ce fait m'a paru intéressant à un double point de vue :

« Au point de vue anatomique, il s'agit là d'un cas de pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéo-scrotal à ranger dans la catégorie des androgynoïdes irréguliers ou hypospadiaques.

« Ce sujet a été regardé à sa naissance comme du sexe féminin. Enregistré comme fille, il en a porté le costume et en a reçu l'éducation jusqu'à douze ans, époque à laquelle mon intervention en a fait un garçon.

« Au point de vue social, j'ai cru intéressant de relater les phases par lesquelles a passé cette famille durant quelques années, et l'effort que j'ai dû faire pour obliger ce père à transformer cette pseudo-fille en garçon à l'âge de douze ans, fortement aidé en cela par le regretté professeur Brouardel.

« Au point de vue chirurgical, je suis heureux de rapporter le compte rendu de cette intervention en quatre temps sans le moindre insuccès pour chaque phase opératoire, de cette intervention qui m'a permis de donner au père et au malade cette grande joie : la réfection d'un urètre masculin.

« Certes ce pauvre garçon ne sera très probablement jamais apte au mariage. Mais il aura au moins, grâce au bistouri, cette satisfaction d'uriner comme un homme. »

Communication.

Vaste kyste hydatique du foie réduit sans drainage. Pneumatose intrakystique post-opératoire, compliquée de cholerragie septique; Ponction. Guérison.

par M. CERNÉ,

Membre correspondant, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Rouen.

Messieurs, la question du traitement opératoire des kystes hydatiques du foie revient souvent dans vos discussions à propos de tels ou tels faits particuliers contribuant à fixer une technique encore incertaine dans quelques-unes de ses parties.

L'observation que je vous apporte et qui, par quelques points, est unique, semble mériter une place toute particulière parmi les documents que vous amassez. D'ailleurs, si la partie opératoire m'appartient, l'histoire clinique a l'heureuse fortune de porter l'estampille de mon collègue le Dr Dévé, dont vous connaissez les travaux déjà nombreux et intéressants sur les kystes hydatiques. Sa collaboration me permet de vous présenter un fait minutieusement étudié.

Observation. — X..., âgée de trente ans, femme de boucher, souffre dans le côté droit et l'épaule correspondante depuis cinq ans. Elle a remarqué, depuis environ dix-huit mois, une augmentation de volume de son côté droit. Amaigrissement et palpitations depuis deux ou trois mois surtout. C'est ce dernier symptôme qui l'amène à consulter un médecin. Jamais d'urticaire, de jaunisse, de dégoût des graisses ni de diarrhée. Pas de vomissements, pas de douleurs abdominales aiguës.

Examen le 21 juillet 1906 par M. Dévé.

Ampliation très marquée de la moitié droite du thorax : hémithorax droit, 45 centimètres; hémithorax gauche, 41 centimètres. Rebord costal droit déjeté en dehors. Lacis veineux peu important au niveau du flanc droit.

La limite supérieure de la matité hépatique remonte, en avant, à trois travers de doigt au-dessus du mamelon, jusqu'au bord supérieur de la 3e côte; en arrière elle empiète peu sur le thorax.

Le bord inférieur du foie descend à droite jusqu'à la crête iliaque; de là, dessinant une forte encoche, il passe horizontalement à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Voussure régulière et rénitente à l'épigastre et au-dessous du rebord costal voisin du côté droit. Pas de frémissement hydatique. Le lobe gauche du foie est hypertrophié, mais régulier et souple; il empiète sur l'espace de Traube, qui est mat.

Rate peu appréciable. Pas d'autres tumeurs dans l'abdomen. Pas de troubles pelviens.

A l'auscultation du thorax, frottements pleuraux à la base droite en arrière et dans le tiers inférieur du poumon droit en avant; absence de murmure vésiculaire à ce niveau, sans souffle ni égophonie. Une autre zone de frottements pleuraux du côté gauche en dehors de la pointe du cœur.

Le cœur est refoulé en haut et à gauche: la pointe bat dans le 4e espace, en dehors du mamelon. Ondulations visibles dans les 2e et 3e espaces intercostaux gauches. Pas de lésions valvulaires ni péricardiques.

Apyrexie. Pas d'albumine, pas de pigments biliaires dans l'urine.

Examen hématologique : 61,7 p. 100 de polynucléaires neutrophiles, 6 p. 100 d'éosinophiles (éosinophilie).

Diagnostic : Kyste hydatique volumineux et aseptique du foie.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de clinique chirurgicale, le 23 juillet 1906.

Un examen radioscopique, pratiqué le 26 juillet, confirme les données de l'examen clinique. L'ombre hépatique dessine une courbe régulièrement convexe qui, du côté droit, remonte à 12 ou 13 centimètres au-dessus du plan normal du diaphragme. Le cœur est refoulé en haut et à gauche et sa pointe est très nettement séparée du diaphragme. Par l'examen latéral, on se rend compte que la poche est située dans la partie antérieure du thorax et respecte en arrière le sinus diaphragmatique.

Opération le 31 juillet. — J'avais eu un moment la pensée d'aborder franchement la poche à travers la paroi antérieure du gril costal; cependant, la sensation très nette de rénitence existant à la région épigastrique atteste que la voie abdominale devra suffire, sauf à réséquer le bord des derniers cartilages, si après évacuation le foie se rétractait en haut d'une manière gênante.

Incision sus-ombilicale le long du bord droit de l'appendice xiphoïde, descendant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. La face antérieure du foie est dans une assez grande étendue, sauf en bas, unie à la paroi abdominale par des adhérences courtes et résistantes.

Une ponction est pratiquée au-dessous du rebord costal, à travers une mince couche de tissu hépatique. Issue lente et fractionnée de 4 litres de liquide limpide tenant en suspension du sable hydatique. Au cours de cette évacuation se produisent des troubles respiratoires (cyanose, accès de toux), qui obligent à suspendre quelques instants la chloroformisation. A la fin de la ponction, le liquide sort par saccades, rythmées par les mouvements cardiaques. Formolage : un litre et demi de formol à 1 p. 100, maintenu pendant cinq minutes dans la poche ; évacuation de la solution formolée sans incidents.

L'incision de la poche permet l'extraction de la membrane mère, épaisse et végétante, qui renferme deux petites hydatides. Un point de sa surface externe est teinté par la bile. Asséchement de la poche par des compresses de gaze stérilisée : on a peine à atteindre le fond, mais on peut en inspecter les parois par la vue : *aucun suintement bilieux apparent.*

Cette vaste cavité s'est rétractée, mais est loin d'être effacée ; les adhérences du foie s'opposant à son ascension en sont peut-être partiellement la cause. Mais d'autre part, la poche restant bien asséchée et les adhérences me donnant une garantie contre des complications graves en cas d'inflammation, je me décide après une courte hésitation à faire la suture complète de la paroi hépatique par un surjet de catgut Suture de la paroi abdominale au crin en un seul plan, sans drainage.

Il était bien certain que la poche renfermait une certaine quantité d'air et je pensai à l'aspirer avec l'appareil Potain, comme l'a fait Delbet. Je m'en abstins, craignant de provoquer la rupture de quelque vaisseau sanguin ou de canaux biliaires.

Suites opératoires. — Comme dans tous les cas analogues, où l'appareil respiratoire est touché avant l'intervention, ma principale crainte

portait sur l'apparition de complications pleuro-pulmonaires. En effet, malgré une révulsion préventive, la malade était prise le soir même de l'opération de dyspnée intense et la température montait rapidement à 39 degrés le troisième jour. Toux fréquente. A l'auscultation, râles sous-crépitants et crépitants dans le poumon droit en arrière et dans l'aisselle. D'ailleurs, aucune sensibilité du ventre, pas de vomissements, pas même la moindre nausée, et, pour le dire de suite, à aucun moment nous n'avons observé la moindre réaction abdominale, ni du côté du péritoine, ni même du côté de la ligne de suture.

Le cinquième jour, aux râles crépitants et sous-crépitants se joint de la bronchophonie et un souffle à timbre tubo-pleurétique à la base droite.

Le huitième jour, pansement et ablation des fils. Le ventre est souple et indolent, la ligne de suture sans la moindre rougeur ni gonflement. Le foie descend encore au-dessous de l'ombilic.

A l'exploration du thorax, on constate un *son tympanique* sourd à la percussion de la région mammaire droite; au-dessus on retrouve la sonorité pulmonaire normale. La matité hépatique est refoulée au voisinage du rebord costal. L'auscultation de la région tympanique donne : absence de murmure vésiculaire avec, par contre, persistance de la zone de frottements pleuraux superficiels, précédemment constatés à ce niveau. Souffle amphorique profond et creux, ne s'entendant que dans les fortes inspirations; timbre métallique de la toux et de la voix.

La succussion hippocratique donne un bruit de flot amphorique, perceptible à distance, pendant que la main appliquée contre la paroi thoracique perçoit le choc du liquide. Le niveau de ce liquide se déplace avec la position de la malade.

En arrière, matité remontant à droite jusqu'à l'épine de l'omoplate; souffle tubaire avec râles sous-crépitants superficiels dans la région sous-épineuse. Souffle et râles vont s'affaiblissant dans le tiers inférieur du poumon. A la base, matité absolue, vibrations abolies, silence respiratoire complet; pas d'égophonie. Par la succussion on retrouve dans cette région le bruit de flot, et la percussion avec des pièces de monnaie donne le bruit d'airain.

L'état général, primitivement assez inquiétant, s'améliore, mais la température se maintient le soir entre 38 et 39 degrés. Il semble bien certain qu'il faut incriminer les accidents pleuro-pulmonaires. Cependant, deux ponctions exploratrices montrent qu'il n'y a pas d'épanchement pleural. Il est vraisemblable que la distension de la poche kystique favorise la persistance des accidents locaux et généraux et d'autre part il importe de connaître la nature du contenu de cette poche.

Aussi le 13 août, quatorzième jour après l'opération, je pratique une ponction en avant, dans le 7e espace, avec l'aiguille fine de Potain. Issue de gaz sous tension, qui refoulent le piston de la seringue de Lüer. Je souligne cette tension, car il y avait en même temps une diminution certaine de la saillie épigastrique primitive : il s'était donc fait, quand même, une certaine rétraction de la paroi de la poche.

Avec l'appareil Potain, on extrait une certaine quantité (approximativement un litre) de gaz non fétides, puis 200 grammes de liquide

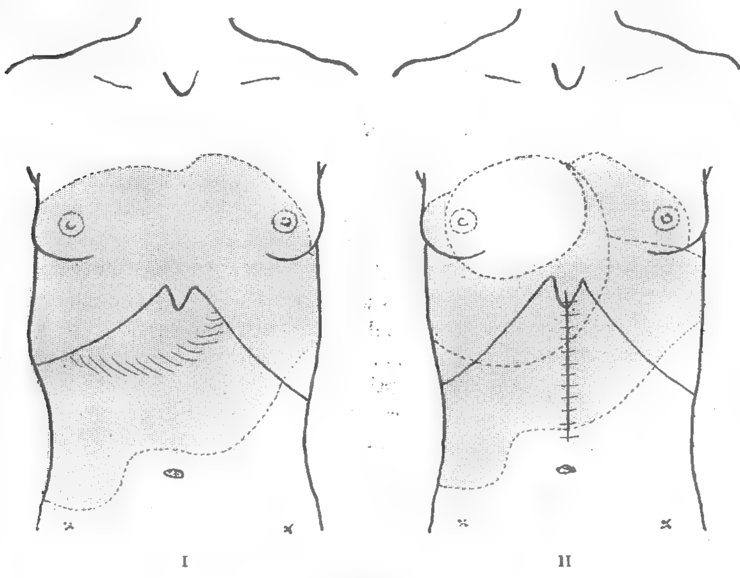


Fig. 1. — i. 26 juillet; ii. 7 août.

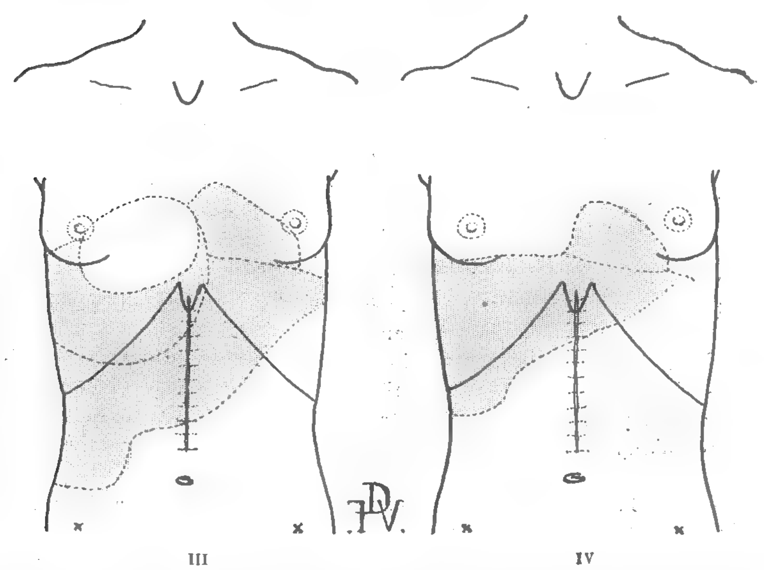


Fig. 2. — iii. 15 septembre; iv. 28 novembre.

bilieux, couleur de garus, clair et inodore. Après la ponction, l'étendue de la zone tympanique se rétrécit nettement et le bord du foie

remonte d'un ou deux travers de doigt; mais le bruit de flot persiste.

Examen du liquide. — L'examen microscopique du dépôt, après centrifugation montre : 1° de très nombreux leucocytes polynucléaires neutrophiles plus ou moins altérés, dont beaucoup renferment de petits cristaux biliaires; 2° du pigment biliaire libre sous forme de petits cristaux et de paillettes jaune d'or; 3° un crochet hydatique isolé; 4° des microbes abondants et variés, mobiles ou non (longs bâtonnets grêles, bacilles isolés ou en chaînettes, cocci en longues ou courtes chaînes et en amas). Parmi eux, un streptocoque à petits grains, un streptocoque à gros grains et un staphylocoque gardant le Gram.

Les cultures aérobies sur bouillon et sur gélose ont donné du staphylocoque blanc et doré, un streptocoque et un bacille paraissant être le B. coli. Quant aux cultures anaérobies, pratiquées en vérité suivant une technique imparfaite, elles ont donné les mêmes microbes.

Le soir de la ponction, la malade eut deux frissons et 39°2, mais ensuite la température tomba au-dessous de 38 degrés pendant 7 jours. Voici son état à ce moment, le vingtième jour après l'opération :

Râles de bronchite dans les deux poumons en arrière. Pas de toux ni d'expectoration. L'urine renferme des traces de pigments biliaires et un peu d'urobiline; la réaction de Hay (acides biliaires) est positive. En ce qui concerne le kyste, les signes physiques sont peu modifiés. La poche reste pleine de liquide et de gaz. On en précise soigneusement les limites et on étudie les variations de niveau du liquide suivant la position de la malade. La zone tympanique atteint en haut le bord inférieur de la 2e côte; elle dépasse d'un travers de doigt le bord gauche du sternum, en refoulant le cœur; elle s'étend à droite et en arrière jusqu'à la ligne axillaire postérieure; en bas, elle atteint le rebord costal au niveau de l'angle chondroxiphoïdien. Le bord inférieur du foie descend dans l'abdomen presque aussi bas qu'avant l'opération.

La fièvre remonte à ce moment, mais d'une manière rémittente. Frissons les 20, 21, 23 août. Les accidents pulmonaires ayant diminué, on relève l'état général à l'aide de quelques injections de sérum, car la malade se nourrit d'une manière insuffisante.

On note, le 26, sous les fausses côtes, une voussure légèrement œdémateuse.

Le 28 août, on peut faire un nouvel *examen radioscopique*. Il montre de la manière la plus nette une poche gazeuse sphérique, régulière, empiétant autant sur le foie que sur le thorax. Sa moitié inférieure est occupée par un liquide très fluide; la succussion de la malade fait apparaître des ondulations à sa surface.

Le même jour, *deuxième ponction* avec l'appareil Potain. Extraction d'une certaine quantité de gaz et de 2 litres et demi d'un liquide bilieux, trouble, aspect de jus d'orange. Le dernier quart de litre extrait est plus épais, ocre, couleur lie de cidre. Les parois de la poche semblent assez rigides, car malgré une forte aspiration, il a été impossible de retirer tout le liquide ni tout l'air, et la malade souffre.

Examen microscopique du liquide. — Même constitution histologique que le premier : leucocytes altérés, pigment biliaire. Les microbes, toujours très nombreux, paraissent moins variés; on constate surtout des cocci divers (streptocoques, staphylocoques, diplocoques) et moins de bâtonnets.

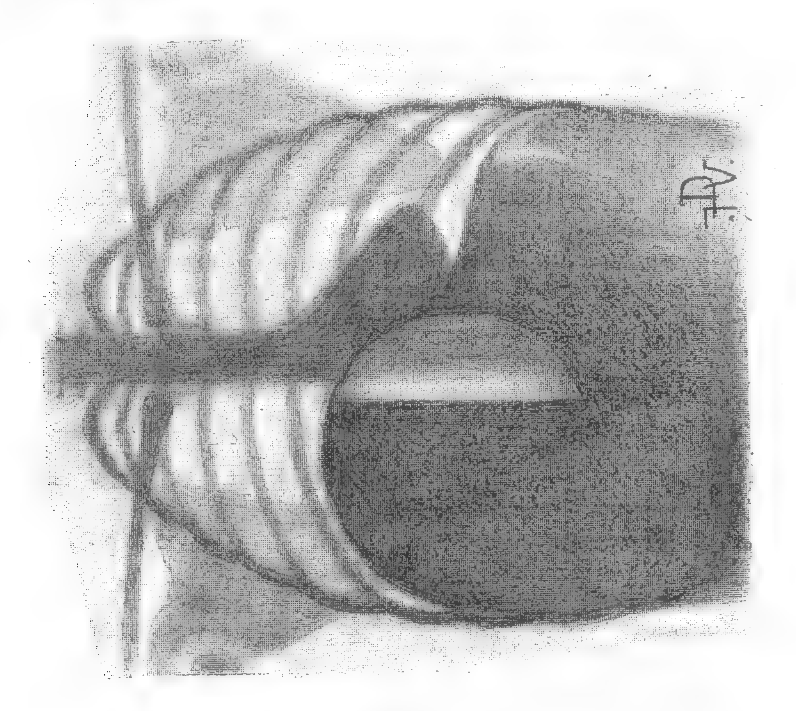


Fig. 3.

Analyse chimique, par M. Gascard.

Densité.	1011 Réaction neutre.	
Résidu fixe à 100	31 gr. 2 par litre.	
Matières minérales	19 gr. 2	—
— organiques	12 gr.	—
Albumine.	9 gr. 4	—
Glucose.	Néant.	—
Chlorure de sodium.	4 gr. 8	—
Acide phosphorique.	0 gr. 4	—
Urée (?).	1 gr. 25	—
Pigments biliaires.	présence.	
Urobiline	traces.	
Sang	traces.	
Indican	néant.	
Scatol	Id.	

Examen bactériologique, par M. Guerbet.

Cultures aérobies : staphylocoque blanc.

Cultures anaérobies (méthode de Veillon) : staphylocoque blanc et colibacille (anaérobies facultatifs).

Après la deuxième ponction, les limites du tympanisme sont manifestement plus étroites. Le bord du foie est remonté de deux à trois travers de doigt, surtout au niveau de la ligne médiane. La voussure hépatique a disparu. Le bruit de flot persiste.

La température oscille autour de 38 degrés et au bout d'une dizaine de jours on note une amélioration très nette de l'état général, meilleure mine, retour de l'appétit. Amélioration aussi des manifestations pulmonaires : disparition à peu près complète des râles et de l'obscurité du murmure à la base droite.

Les dimensions de la poche paraissent aussi diminuer, mais avec une lenteur telle que, le 14 septembre, quarante-six jours après l'opération, je pratique une troisième et dernière ponction avec la préoccupation de la vider aussi complètement que possible du liquide et surtout des gaz qu'elle contient.

Aux fins d'analyse, 50 centimètres cubes de ces gaz sont recueillis sur la cuve à mercure. L'aspiration nous donne 1 litre un quart de liquide jaune trouble, opaque, lie de cidre, non fétide. Légère douleur à la fin de la ponction. L'extrémité du trocart donne la sensation d'une cavité maintenant très réduite.

Analyse des gaz intrakystiques, par M. Guerbet :

Oxygène	7,6 p. 100
Acide carbonique	23,3 —
Azote	69,1 —

Pas d'hydrogène, pas d'hydrogène sulfuré, pas de méthane : donc pas de gaz de fermentation anaérobies.

Analyse chimique du liquide, par M. Guerbet :

Albumine totale	5 gr. 30
Urée	1 gr. 2
Chorure de sodium	4 gr. 6
Acide succinique	0 gr. 6
Pigments biliaires	présence.
Cholestérine	Id.
Peptones	Id.

Quarante-huit heures après la troisième ponction, la fièvre est définitivement tombée. La zone de tympanisme est très réduite et difficilement délimitable. Cependant la succussion donne encore nettement un bruit de clapotis.

Examen radioscopique le 25 septembre. — La voussure du diaphragme à droite s'est beaucoup abaissée ; elle reste pourtant encore au-dessus de son niveau normal, Le cœur est revenu à sa place ; la pointe n'est

plus soulevée. Il persiste à droite une petite *poche à air sous diaphragmatique* très nettement visible, avec du liquide dont on voit la surface onduler, mais plus lentement, par la succussion.

Sortie de l'hôpital le 29 septembre, la malade a été revue deux mois après, le 28 novembre dernier.

Son état général est excellent; elle a notablement engraissé. Elle ne tousse plus. A la percussion, en arrière, la partie inférieure du thorax

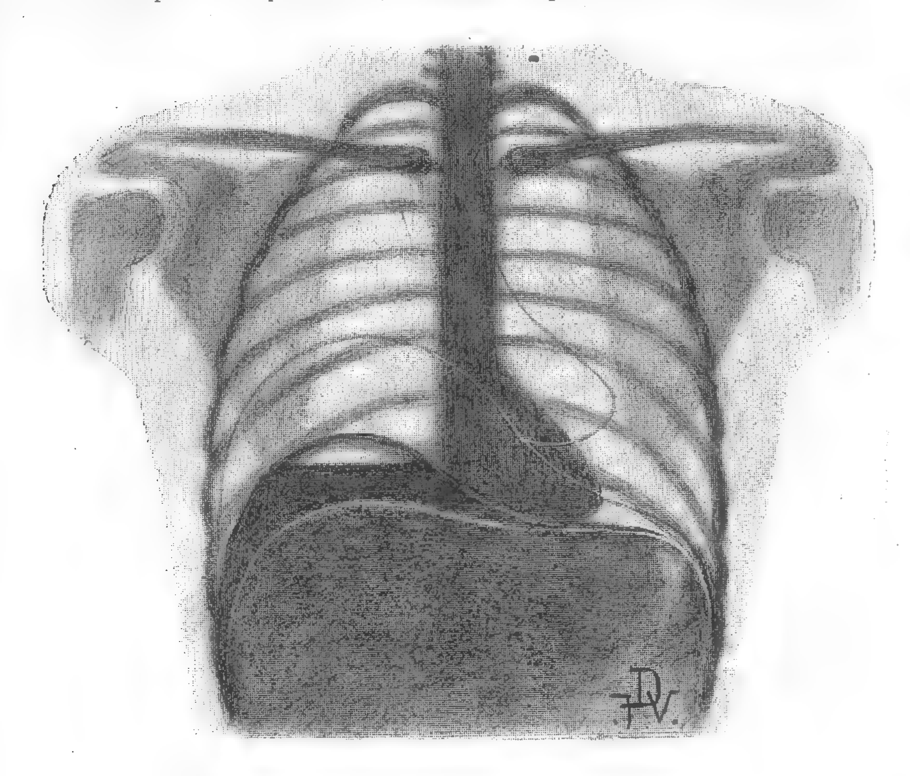


Fig. 4.

présente une matité marquée, qui s'avance en avant de manière à rejoindre horizontalement la matité du foie, et même la déborder sur le bord axillaire antérieur, de manière que la ligne de matité est à ce niveau très légèrement concave.

Pas de râles; quelques frottements.

Le bord inférieur du foie est régulier ; il dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt.

A l'examen radioscopique, le diaphragme occupe sa situation normale, sa surface est régulière. En dehors, l'obscurité correspondant à l'épaississement de la plèvre est assez considérable; elle occupe tout le sinus costo-diaphragmatique et remonte même un peu plus haut vers l'aisselle.

Réflexions. — Je n'insisterai pas sur les accidents pulmonaires très sérieux que nous avons eus à combattre après l'opération. Ils paraissent liés en partie à l'évacuation d'une volumineuse poche à évolution intra-thoracique (Walther, Congrès de chirurgie, 1895); mais ils étaient d'autant plus à prévoir que, même avant l'opération, il y avait des symptômes manifestes d'irritation de la plèvre.

Une question se pose manifestement à ce sujet : celle de la part relative qu'il faut accorder à ces accidents pulmonaires et à l'évolution post-opératoire du kyste dans les accidents que nous avons relatés.

Sans nul doute, les premiers phénomènes généraux, de gravité immédiate, ressortissent à l'inflammation pleuro-pulmonaire. L'absence absolue de réaction abdominale ne permet pas de penser à une infection de nature à les produire.

Il est bien vrai que l'épanchement intra-kystique n'est pas resté aseptique; l'examen bactériologique en fait foi. Cette infection a été légère et banale. Il s'agit bien vraisemblablement d'un ensemencement par les germes de l'air, nombreux autant que peu virulents. Il s'agit aussi d'un ensemencement par une bile légèrement infectée, ce qui est la règle, d'où la présence de germes anaérobies, mais si peu actifs qu'ils n'ont pas influencé la composition des gaz et ne sont pas développés sur cultures.

Je serais disposé à croire que la constatation des adhérences spontanées thoraciques et abdominales est déjà un indice suffisant, malgré l'asepticité du liquide hydatique, d'une légère infection biliaire qui peut jouer un rôle important dans les accidents post-opératoires.

Quoi qu'il en soit, les accidents pulmonaires ne sont plus responsables sans doute de la longue durée de la fièvre, persistant après leur diminution. A un moment donné, l'infection de la poche, si peu virulent que fût son contenu, s'est révélée par quelques frissons, et on voit que tout est rentré dans l'ordre quand une évacuation presque complète a pu être obtenue.

Les deux points sur lesquels M. Dévé et moi voulons insister sont les suivants :

1° *La cholerragie intra-kystique post-opératoire ex vacuo.* — Notons que, au moment de l'intervention, il n'y avait pas de suintement bilieux visible. On avait simplement constaté qu'un point circonscrit de la face externe de la membrane mère était taché de bile.

La cholerragie dans les poches réduites sans drainage est probablement très fréquente, surtout en cas de poches volumineuses et profondément intra-hépatiques. C'est elle qui explique

sans doute la reproduction transitoire de la tumeur et les accidents subfébriles parfois observés dans les jours qui suivent l'opération, quand ces accidents n'ont pas d'autres suites.

Cette éventualité est-elle dangereuse? *Et doit-elle contribuer à faire rejeter la suture sans drainage*? Toute la question est là, Broca, Tuffier, Rochard, instruits par quelques cas malheureux. estiment que, s'il y a des craintes de cholerragie, le drainage du kyste est une conduite prudente (*Soc. de chir.*, 17 janvier 1906).

Dans le cas présent, la cholerragie, quoique infectée d'emblée, mais peu virulente il est vrai, n'a pas occasionné d'accidents graves, et elle a cédé à la suite de trois ponctions.

C'est un nouveau cas à ajouter à ceux de Guinard (*Soc. de chir.*, 19 juillet 1905) et de Quénu (*Soc. de chir.*, 17 janv. 1906).

Il est vraisemblable que la guérison aurait mis plus de deux mois à s'achever si le vaste kyste auquel nous avions affaire avait été marsupialisé d'emblée ou secondairement. Il semble donc que, comme l'a dit Quénu, il ne faille pas trop se presser de rouvrir la poche en pareil cas, même lorsque l'épanchement bilieux est nettement suppuré, — à condition que l'infection soit d'une virulence modérée.

Toutefois, il est bon de faire des réserves au sujet de cette conduite qui ne s'appuie en somme que sur un nombre de faits jusqu'ici très restreint : trois ou quatre. Il suffirait d'un seul cas malheureux pour modifier singulièrement la statistique! Un malade porteur d'une poche remplie de bile plus ou moins infectée reste, quoi qu'on dise, exposé à bien des complications : infection générale, ouverture dans le péritoine, la plèvre, le poumon, phlébite de la veine cave, complications pleuro-pulmonaires. Aussi doit-il être surveillé de très près.

2° *L'emprisonnement d'air dans la poche réduite* constitue surtout la partie intéressante et nouvelle de notre observation. Aucun cas semblable ne paraît avoir été étudié jusqu'à présent.

Il existe seulement quelques faits du même ordre où l'on a constaté l'apparition de signes amphoriques au niveau de kystes marsupialisés et drainés.

Telles sont les observations de Budin et Regnard, de Vital, de Landau, de Herrlich, de Braun. Je crois même qu'il est d'observation courante de constater cette présence d'air pendant un temps plus ou moins long, sans que le fait éveille une attention particulière, le diagnostic en étant ordinairement facile.

Un fait plus intéressant, encore inédit, a été observé par M. Dévé dans le service de mon collègue le Dr Bataille, de persistance du tympanisme après oblitération de la fistule du kyste marsupialisé.

Ces différents cas seront réunis dans un travail d'ensemble con-

sacré par M. Dévé à l'étude des kystes hydatiques gazeux du foie, et qui paraîtra prochainement dans la *Revue de chirurgie*.

D'une façon générale, les kystes du foie peuvent devenir gazeux dans quatre circonstances :

1° Après ouverture dans les bronches;

2° Après ouverture duns le tractus digestif (estomac, intestin);

3° Spontanément, par suppuration gazeuse, putride, anaérobie, en poche close;

4° Enfin après ouverture à l'extérieur : *Pneumatose kystique posto-pératoire*, après marsupialisation ou après réduction sans drainage.

Notre observation rentre dans cette dernière catégorie, car il n'est pas douteux que le contenu du kyste réduit fût bien et soit resté jusqu'à la fin de l'air atmosphérique. L'évolution de l'affection et l'analyse chimique ont montré qu'il n'y avait pas de gaz de putréfaction. Et nous avons expressément noté qu'à la fin de l'opération le sac contenait de l'air.

Pathogénie. — Dans ces cas de pneumatose post-opératoire, on a presque toujours affaire à des kystes de la face convexe haut situés dans le thorax et symphysés au diaphragme. La poche une fois vide, il se produit une aspiration d'air au moment de l'expiration, accompagnée d'une sorte de traumatopnée, déjà signalée par Luff en 1896 (*The Lancet*, 26 avril 1896), et à nouveau par Delbet (*Soc. de chir.*, 28 juin 1905).

Si l'air se trouve emprisonné dans un sac hermétiquement clos, il se résorbera très lentement et, comme en fait foi l'analyse ci-dessus, suivant la même loi que l'air du pneumothorax fermé : disparition rapide de l'oxygène, apparition de l'acide carbonique, persistance de l'azote (1). Ce sont de véritables phénomènes chimiques analogues à ceux de la respiration.

Symptomatologie. — Les symptômes doivent être et sont ceux d'un pseudo-pneumothorax. Syndrome amphorique au complet, tympanisme, retentissement métallique de la toux et de la voix, bruit d'airain, succussion hippocratique et signes hydroaériques mobiles avec l'attitude du malade.

Reste donc la question de localisation, qui sera facile après une opération, mais sinon sera grandement facilitée par l'examen radioscopique quand il sera possible. Ce qui n'a presque été pour nous qu'une curiosité deviendrait un moyen de diagnostic absolument probant, car nous avons pu voir de la façon la plus nette la partie gazeuse sous-diaphragmatique, sous forme d'une cavité sphérique, régulière, intra-hépatique, renfermant un liquide

(1) Dévé et Cerné. *Soc. de Biologie*, 8 décembre 1906.

mobile par la succussion, dont la ligne de niveau restait horizontale dans toutes les positions,

Au point de vue de l'*évolution*, il y a lieu de noter la longue persistance de l'épanchement gazeux. Malgré la tension intrakystique constatée et l'évacuation de la plus grande partie des gaz par trois ponctions, il en restait encore au bout de deux mois.

A part l'ensemencement microbien peu septique qui peut en résulter, le *pronostic* de cette pneumatose ne paraît pas grave par elle-même. Il est cependant probable que sa lenteur de résorption maintient la distension de la poche et peut-être la persistance du liquide épanché. Elle retarde évidemment la guérison.

Quel sera le *traitement*?

La pneumatose étant réalisée, son traitement curatif, toute autre complication écartée d'ailleurs, ne peut consister que dans l'évacuation des gaz par aspiration, d'autant plus difficile à réaliser complètement que les parois de la poche seront plus rigides, le poumon et le foie plus immobilisés. Ainsi avons-nous dû renouveler les ponctions, mais le terrain gagné a toujours été gardé et le résidu s'est résorbé spontanément.

Mais il est évident que le traitement doit être surtout *préventif*.

On peut penser qu'on faciliterait l'accolement des parois kystiques de deux manières : ou par la résection de côtes ou du rebord chondrocostal permettant l'affaissement des parois pneumo-pleuro-hépatiques symphysées ; ou en exprimant manuellement le kyste à la fin de la suture pour en chasser l'air, manœuvre d'ailleurs à peu près impossible dans les kystes sous-diaphragmatiques, ceux précisément où cette complication doit se produire le plus souvent.

Reste la méthode proposée par M. P. Delbet (*Soc. de chir.*, 28 juin 1905) qui est dernièrement (21 nov. 1906) revenu sur ce sujet, manœuvre qui lui a réussi dans deux cas : faire l'aspiration de l'air avec l'appareil Potain avant de serrer le dernier point de suture.

Je n'ai pas osé tenter cette manœuvre qui semble ne pas être sans risques. Delbet, dans son premier cas, « n'arrêta l'aspiration que lorsqu'il vint un peu de sang »... Ne sait-on pas que parfois, s'il n'y a pas de vaisseaux sanguins ni biliaires ouverts dans la poche, sa paroi présente des vaisseaux superficiels, d'ailleurs impossibles à voir au cours de l'opération? N'y a-t-il pas par conséquent à craindre de provoquer par l'aspiration des hémorragies ou des cholerragies beaucoup plus fâcheuses à coup sûr que la pneumatose? Peut-on croire au contraire que des ulcérations de vaisseaux sanguins ou biliaires ne se produiront pas s'il n'y a pas d'infection de la poche?

L'expérience seule pourra le dire.

Quoi qu'il en soit, il n'est sans doute pas inutile d'avoir appelé votre attention sur ces faits qui sont peut-être plus fréquents qu'on ne le croit, afin que la recherche en soit faite systématiquement. Même dans les faits de M. Delbet, il eût été intéressant de savoir si l'air avait été réellement aspiré d'une manière complète, ce qui, je crois, n'eût pas été possible dans le cas que je présente. En cas de doute, rien ne vaudrait, je le répète, pour s'en assurer, l'*exploration radioscopique*.

Présentations de malades.

Traitement des fractures du maxillaire inférieur par la gouttière métallique.

M. Quénu. — Je vous présente un malade atteint d'une fracture du maxillaire inférieur à la suite d'une chute d'environ 8 mètres dans un déblai de chemin de fer. Le blessé fut amené le jour même, 17 novembre, à l'hôpital Cochin, où M. le Dr Mahé, dentiste des hôpitaux, voulut bien lui appliquer l'appareil qu'il porte encore aujourd'hui, et que je vous montre. L'appareil n'a été placé que le 28 novembre, et assujetti à l'aide de fils d'argent. Le 30, soit deux jours après, le malade a commencé à mâcher d'une manière satisfaisante, et le 7 il a pu reprendre son travail, mangeant à sa guise, et nullement gêné par son appareil.

J'ajoute une note sur le traitement prothétique des fractures du maxillaire, d'après le travail bien connu du Dr Mahé :

« Le traitement *prothétique* de la fracture du maxillaire inférieur repose tout entier sur les *rapports anatomiques* à peu près constants que contractent entre elles les arcades dentaires de l'une et l'autre mâchoire.

« Après avoir pris une empreinte de ces *deux* mâchoires, et les avoir reproduites en plâtre, le dentiste sectionne le modèle du maxillaire inférieur par un trait de scie passant exactement au niveau du trait de fracture.

« Puis il opère sur ce modèle sectionné une *réduction idéale en se guidant précisément sur l'arcade dentaire supérieure du sujet.* C'est ce procédé mathématique qui fait la supériorité de la méthode.

« Sur le modèle ainsi restitué, il confectionne une gouttière

qui servira à la fois *de guide pour la réduction* et *d'attelle pour la contention.*

« Dans le cas présent, l'appareil employé par M. Mahé a été une gouttière métallique emboutie sur le modèle préalablement reproduit en bronze, et fixée par trois dents à l'aide de fils d'argent.

« La gouttière est interrompue au niveau de la fracture par une sorte de pont qui ménage l'emplacement de la canine droite, brisée lors du traumatisme. Cette solution de continuité, *qui n'existerait pas* si la dent était restée en place, facilite en même temps le nettoyage et l'irrigation de la plaie.

« Ce genre d'appareil ne paraît pas avoir été imaginé de toutes pièces et méthodiquement combiné par un auteur déterminé, mais être l'aboutissant, d'ailleurs très simple, de tentatives multiples qui se sont produites simultanément sur des points très différents dans la seconde moitié du XIXᵉ siècle.

« Ses deux ancêtres les plus authentiques semblent être, d'une part, les gouttières en gutta-percha de Morel-Lavallée, qui représentent la première idée d'une *attelle moulée sur l'arcade dentaire*, et, d'autre part, l'appareil de l'Anglais Hammond, formé d'un fil de fer contourné selon la forme de cette arcade et fixé aux dents par des fils de même métal, qui paraît être la première idée d'une *ligature* dont l'effort *serait réparti solidairement sur toutes les dents* de l'arcade.

« Quoi qu'il en soit, on trouve mention d'une gouttière métallique appliquée par Tanes, à Londres, en 1860, et d'une gouttière en caoutchouc durci placée par Sand, à New-York, en 1863.

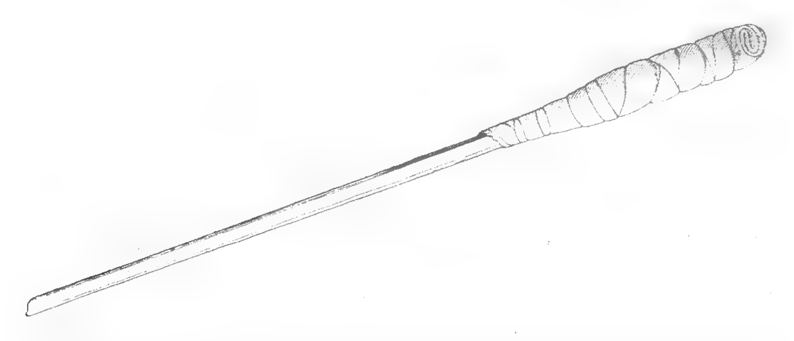
« Actuellement, cet appareil est devenu courant. On le fait soit en caoutchouc vulcanisé, soit en métal. L'or, l'argent, le platine, l'aluminium, l'acier ont été employés. Dans le cas présent, la préférence a été donnée au *maillechort*, dont le peu d'altérabilité dans la bouche se combine à une grande rigidité sous une faible épaisseur.

« Cet appareil est *parfait* dans les fractures à un seul trait, *encore applicable* dans les fractures à deux traits, quand la réduction et le contention sont faciles, mais *absolument insuffisant* dans les cas plus compliqués. »

Corps étranger de l'estomac ; phlegmon épigastrique ; extraction par l'incision ; guérison simple.

M. Lejars. — Ce vieillard de 76 ans entra dans mon service, le 6 octobre dernier, avec une plaque épigastrique phlegmoneuse,

épaisse, un peu rouge, dure sur presque toute sa surface et seulement un peu ramollie au centre, et voici ce qu'il nous apprit. Le 11 septembre, souffrant d'un léger mal de gorge, il avait imaginé de se confectionner une sorte d'écouvillon, pour badigeonner le fond de son pharynx : c'est l'« instrument » représenté ci-dessous. Or, l'instrument, trop loin poussé, lui échappa des doigts : il l'avala. Il eut un accès d'étouffement, assez court, du reste, et les accidents consécutifs furent, en somme, très bénins : il ne vomit pas de sang, continua à s'alimenter, à digérer de façon à peu près normale, ayant seulement quelques régurgitations après les repas. Pourtant, à la fin du mois, la région épigastrique devint douloureuse, une tuméfaction profonde s'y montra, et peu à peu s'étendit ; depuis quelques jours la peau avait rougi, et la tumeur semblait en voie de s'abcéder.



Je pratiquai une courte incision médiane, sur ce pseudo-abcès : il ne sortit pas de pus, mais un liquide jaunâtre mêlé de quelques gaz, et j'ouvris une sorte de puits, au fond duquel j'aperçus une tige noirâtre : elle fut saisie avec une pince, et, par une traction très modérée, j'amenai le corps étranger, l'écouvillon tout entier ; le manche seul s'était un peu infléchi et brisé à sa partie moyenne. Un petite lamelle de gaze fut laissée dans le trajet.

La guérison eut lieu, très simplement, en deux semaines ; durant les quatre ou cinq premiers jours, un peu de liquide trouble et jaunâtre s'écoula par la plaie, mais sans être mêlé de débris alimentaires ; finalement, tout s'est fermé et la cicatrisation est complète.

M. Mauclaire. — J'ai eu l'occasion de voir un typhique qui avait avalé un tampon de ouate enroulé au bout d'une tige en « corne, une petite baleine de corset de 12 à 15 centimètres de longueur ». Ce malade a digéré le tout sans accident, car le corps étranger n'a pas été éliminé par le rectum.

Rhinoplastie.

Rhinoplastie par abaissement du contour de l'orifice osseux des fosses nasales et d'un lambeau frontal, par M. H. MORESTIN. — M. NÉLATON, rapporteur.

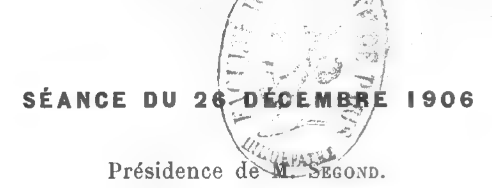
Élections.

BUREAU POUR 1907

Président : M. QUÉNU . . . . 33 voix.
Vice-Président : M. NÉLATON. . . . . 33 —
Secrétaire général : M. FÉLIZET. . . . . 28 —
Premier secrétaire annuel : M. CHAPUT . . . . 29 —
Deuxième secrétaire annuel : M. RICARD. . . . . . 29 —
Archiviste : M. BROCA.
Trésorier : M. ARROU.

Le Secrétaire annuel,
P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1906

Présidence de M. Segond.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2°. — Un mémoire de M. Estor, membre correspondant.

3°. — Une lettre de M. Vallas, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, qui pose sa candidature à la place de correspondant national.

A propos de la correspondance.

Sur un cas d'étranglement d'une hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire chez une fille de dix mois, par M. le Dr Cardot, médecin-major à Cosne.

M. Lucien Picqué. — Dans notre séance du 20 juin dernier, notre collègue Broca vous présentait une observation de pseudo-étranglement d'une hernie inguinale de la trompe chez une fille de quatre mois qui fut opérée avec succès par M. Gandier, professeur agrégé à Lille. A propos de ce cas, notre collègue nous en a cité quelques-uns publiés en France et en Angleterre et qui démontrent une fréquence relative de cette affection.

Permettez-moi d'ajouter à ces cas le suivant qui m'a été adressé par M. le Dr Cardot, médecin-major à Cosne :

« Le 30 avril 1905, vers six heures du soir, un officier de mon régiment me faisait appeler en toute hâte pour sa petite fille qu'on venait de lui ramener de la campagne, où un médecin avait, sans succès, essayé de faire rentrer une grosseur survenue dans l'aine gauche de l'enfant la veille au soir.

« Cette enfant, âgée de dix mois, sans tare héréditaire, mais ayant souffert déjà d'une entérite grave, présentait, au moment où j'étais appelé à lui donner mes soins, un état général satisfaisant : appétit conservé, fonctions intestinales non interrompues, aucun signe particulier à la palpation du ventre ; elle ne paraissait éprouver ni malaise ni fatigue à la suite du voyage assez long qu'elle venait de faire.

« A la région inguinale gauche (seul signe anormal) se voit une tumeur de la grosseur d'une amande, dure, sans rougeur de la peau, sensible à la pression et irréductible.

« En l'absence complète de symptômes généraux, j'hésite à intervenir ; mais comme les parents me racontent que, trois fois déjà, cette grosseur est apparue au même endroit, qu'elle a été réduite par un médecin, mais incomplètement la dernière fois, je redoute de m'exposer à trouver le lendemain une situation grave et de courir le risque de quelque accident d'étranglement pendant la nuit, et je me décide à opérer séance tenante, avec l'assistance de MM. le Dr Bonnes et Gobinot, aide-major.

« J'arrivai sur un sac ne contenant ni intestin, ni épiploon, ni caillot, mais une masse de la grosseur d'une noisette, d'un rouge vineux, et à laquelle est accolé une sorte de petit appendice à extrémité élargie et frangée. Il s'agissait sans aucun doute de l'ovaire et de la trompe. Le mauvais état de l'ovaire et l'impossibilité de réduire la masse, trop volumineuse pour l'étroitesse du collet, me déterminent à l'excision.

« Suites normales. Guérison rapide. L'enfant se développe et se porte bien. »

M. Lejars dépose sur le bureau de la Société trois mémoires intitulés :

1° *Kystes hydatiques de l'humérus*, par M. le Dr Cranwell, professeur agrégé de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres.

2° Par M. le Dr Maire (de Vichy), *Cholécystite calculeuse avec phlegmon de la paroi abdominale*, etc.

3° *Quatre cas de drainage des voies biliaires principales avec cholécystectomie*, par M. le Dr Brin (d'Angers).
M. Lejars, rapporteur.

Erratum. — La composition de la Commission nommée pour étudier les titres des correspondants nationaux est la suivante :

MM. Kirmisson.
Quénu.
Jalaguier.
Faure.

Lecture.

Plaie pénétrante de l'abdomen. Perforation de la paroi antérieure et de la paroi postérieure de l'estomac; plaie de la rate. Laparotomie trois heures après l'accident. Guérison,

par M. ESTOR (de Montpellier).

Le 11 octobre 1906, à dix heures du matin, j'ai été appelé auprès d'un jeune homme, âgé de dix-huit ans, qui venait de recevoir dans l'abdomen un coup de revolver du calibre de huit millimètres.

Le blessé était couché sur le côté droit, les membres inférieurs repliés sur l'abdomen; il ne paraissait pas en état de shock; le pouls régulier était à 76. Il accusait de vives douleurs occupant l'abdomen et la région lombaire; ces douleurs étaient notablement augmentées par les mouvements.

La balle avait pénétré en un point situé à deux travers de doigt au-desssous du rebord costal gauche et à deux travers de doigt à gauche de la ligne médiane. On ne trouvait pas d'orifice de sortie. Le coup de revolver avait été tiré à bout portant, les vêtements étaient brûlés et le pourtour de l'orifice d'entrée criblé de grains de poudre.

Le blessé est transporté, deux heures après l'accident, dans une maison de santé, et, pendant le trajet (un kilomètre environ) de son domicile à la maison de santé, il vomit du sang en quantité assez notable.

Laparotomie à une heure de l'après-midi. Anesthésie à l'éther. Pendant l'opération, on injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané un litre de sérum contenant un gramme de caféine.

Incision médiane sus-ombilicale complétée par une incision perpendiculaire pratiquée aux dépens du muscle grand droit du côté gauche, longue de quatre centimètres environ et permettant d'exciser le trajet du projectile dans la paroi abdominale.

Nous trouvons immédiatement sur la face antérieure de l'estomac peu dilaté (le blessé était à jeun depuis la veille au soir) une plaie paraissant obstruée par un caillot et ne donnant pas issue à des matières alimentaires. La plaie est détergée et fermée par deux plans de suture ; le plan superficiel réalise un large adossement séreux.

Nous déchirons ensuite longitudinalement et sur la ligne médiane l'épiploon gastro-colique afin d'examiner la face postérieure de l'estomac ; la main gauche soulève la paroi antérieure de l'estomac, tandis que la main droite déprime avec des compresses la masse intestinale.

On ne tarde pas à apercevoir, sur la face postérieure de l'estomac, un volumineux hématome. L'estomac et les intestins étant maintenus par des aides, on détache avec une compresse les caillots et l'on aperçoit une plaie qui saigne assez abondamment ; de la section jaillit du sang artériel ; une petite artère est pincée et liée. Suture de la plaie stomacale par deux plans avec large adossement séreux.

Les deux plaies de l'estomac une fois suturées, nous examinons le gros intestin et l'intestin grêle sur lesquels nous ne trouvons aucune lésion. Mais nous apercevons, dans le flanc gauche, un épanchement sanguin assez abondant. Le sang épongé ne tarde pas à s'accumuler de nouveau. Pensant que la rate peut avoir été blessée, nous l'attirons au dehors et nous constatons que son bord supérieur, éraflé par le projectile, donne une hémorragie en nappe assez abondante. Nous ne croyons pas que l'hémorragie soit assez grave pour justifier une splénectomie ; d'autre part, quoiqu'elle ne constitue pas un danger immédiat, elle est cependant suffisante pour causer la mort. Nous craignons qu'une suture ne déchire le parenchyme splénique et n'aggrave l'hémorragie au lieu de l'arrêter, et nous nous décidons à exécuter la manœuvre suivante : avec une aiguille mousse, nous perforons la rate à deux centimètres au-dessous du point qui saigne, et avec cette aiguille nous attirons une anse de très gros catgut qui nous permet par une ligature en masse, peu serrée, de réaliser une hémostase médiate. Cette hémostase est suffisante. Nous avons ainsi pédiculisé la partie qui saignait et ne l'avons point excisée.

Nous plaçons un très gros drain dans le flanc gauche et nous fermons l'abdomen. L'opération a duré une heure et demie, l'hémostase de la rate nous a pris beaucoup de temps.

Nous n'avons pas trouvé le projectile, qui s'est probablement logé dans la masse sacro-lombaire gauche.

A cinq heures, le malade va bien, le pouls est régulier à 90. A huit heures, à deux reprises, le blessé vomit du liquide fortement hématique; pouls régulier à 110, température à 37,5. A dix heures, pouls à 110, température à 38,2, quelques nausées.

12 *octobre*, 8 *heures du matin*. — Pouls à 120, régulier. Température 38,5. Pas de vomissements. Le malade a uriné trois fois pendant la nuit, les urines sont claires et ne contiennent pas de sang.

Premier pansement le 14 *octobre*. Pas de suppuration; le pansement est assez largement souillé par du sang. Nous enlevons le drain. Pouls très bon à 110. Température 39. Les vomissements ne se sont pas reproduits.

Du 14 *au* 20 *octobre*. — La température s'abaisse régulièrement et le pouls, toujours régulier, tombe à 72.

20 *octobre*. — Dans la nuit du 19 au 20, le blessé, trompant la vigilance de la garde, se lève pour aller prendre une bouteille d'eau de Vichy et absorber en une fois une assez grande quantité d'eau. Le 20, à huit heures, douleurs abdominales très vives; le pouls, qui les jours précédents était à 72, est à 100 et la température à 39.

21 *octobre*. — Pouls à 84. Température à 38. Pansement : la plaie est en très bon état, nous enlevons tous les fils.

Pendant les jours suivants le pouls et la température descendent à la normale, et le vingtième jour, le blessé peut quitter la maison de santé et rentrer chez lui.

19 *décembre*. — Guérison complète. Cicatrice très solide. Les fonctions de l'estomac sont parfaites.

Rapports.

Hydro-hématonéphrose calculeuse. Hématuries très abondantes. Néphrectomie. Ablation suivant la méthode de Grégoire,
par M. R. AUVRAY, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. LUCIEN PICQUÉ.

Notre collègue des hôpitaux Auvray vous a récemment adressé une observation portant ce titre, avec une pièce intéressante à l'appui, et vous m'avez prié de vous présenter ce rapport.

Voici d'abord l'observation. Il s'agit d'un homme âgé de cinquante et un ans, entré à la Charité le 16 avril 1906 pour des hématuries. Reçu tout d'abord dans un service de médecine, M. Auvray fut appelé à l'examiner. Le début de l'hématurie remontait à cinq jours; elle avait été précédée d'une vive douleur dans l'hypocondre gauche, prise pour un point de côté pleural. L'hématurie était très abondante; le malade urina du sang presque pur pendant les deux ou trois jours qui suivirent son entrée à l'hôpital.

Il n'existait dans l'histoire du malade aucun antécédent lithiasique, pas de douleur provoquée par les mouvements, pas de colique néphrétique, pas d'hématurie antérieure. Il accusait seulement depuis cinq mois de la douleur lombaire à gauche. Vers cette époque, il présente une blennorragie très rapidement guérie.

L'état général était très mauvais, le facies très pâle; grande agitation. A son entrée, la température atteignait 38°6 le soir.

Au premier examen, il fut impossible à M. Auvray de palper l'abdomen, en raison de la défense musculaire très marquée, surtout à gauche.

Tous les hémostatiques susceptibles d'agir par voie interne avaient été essayés en médecine; notre collègue se contenta de conseiller l'application locale de la glace, qui fut suivie d'une diminution dans l'abondance des hémorragies et rendit plus facile l'exploration de l'abdomen; en effet, la contracture musculaire ne tarda pas à s'atténuer et à disparaître. A la vue on constata l'existence d'une voussure occupant l'hypocondre gauche et le flanc gauche; à la palpation bimanuelle, on reconnut la présence d'une grosse tumeur rénitente, occupant l'hypocondre et flanc, s'avançant en dedans jusqu'au voisinage de la ligne médiane et descendant jusqu'au voisinage de l'épine iliaque. La tumeur présentait le ballottement rénal.

En l'absence d'accidents lithiasiques antérieurs et en présence des symptômes observés : douleur, hématurie spontanée et très abondante, grosse tumeur, état général cachectique, M. Auvray fit le diagnostic de tumeur maligne du rein.

La séparation des urines pratiquée par le D[r] Luys donna le résultat suivant: « Le 20 avril, application très difficile du séparateur. Dans les premiers instants de l'application du séparateur, on obtient, à droite, une urine claire; à gauche, une urine sanglante. Mais, après quelque temps, le malade se contracte violemment, ce qui détermine l'arrivée du sang par les deux sondes. Quoi qu'il en soit, et en dépit de la teinte des urines qui est presque semblable des deux côtés, la différence dans la quantité d'urine

rendue est manifeste : abondante à droite, elle est beaucoup moindre à gauche.

L'analyse chimique des produits séparés montre, du reste, aussi, une différence considérable. Le taux de l'urée par litre de l'urine du rein droit étant de 11 gr. 80, celui de l'urine du rein gauche n'est que de 2 gr. 60.

Le taux de l'urée de l'urine totale était de 23 gr. 60. Enfin, le liquide obtenu par ponction de la poche d'uro-hémato-néphrose contenait 3 gr. 20 d'urée.

Le 21 avril 1906, un examen cystoscopique de la vessie, pratiqué par M. Luys, montre que la vessie est absolument saine et ne contient pas de tumeur. La prostate, congestionnée, violacée, saigne notoirement; c'est sûrement elle qui a été l'origine du sang au moment de l'application du séparateur. Le cathétérisme de l'uretère gauche, proposé par M. Luys, n'est pas accepté malgré le désir qu'en avait exprimé M. Auvray ; les hémorragies ayant repris plus intenses que jamais, et l'état général du malade s'aggravant notablement, notre collègue se décida à pratiquer immédiatement l'opération. Elle fut acceptée et faite le 25 avril.

Opération : Chloroforme. Mon diagnostic étant celui de tumeur maligne, mon but était de me créer une voie d'accès aussi large que possible sur la volumineuse tumeur pour en faire l'extirpation complète. J'eus recours à l'incision préconisée dans sa thèse par Grégoire pour l'ablation des tumeurs du rein. Le malade étant placé en position « dorso-latérale cambrée », je pratiquai une incision partant un peu en dedans de l'EIAS, dirigée d'abord en haut et en arrière jusqu'au niveau de l'EI, puis se redressant brusquement pour se diriger vers le bord antérieur de l'aisselle ; arrivé un peu au-dessous du bord cartilagineux du thorax, je prolongeai l'incision en avant en suivant le bord inférieur du thorax sur une longueur de 5 à 6 centimètres ; l'incision fut faite jusqu'au péritoine exclusivement. Alors, insinuant ma main en arrière du rein, je le décollai progressivement de la paroi postérieure de l'abdomen ; le décollement se fit sans difficultés réelles ; seul le pôle supérieur profondément situé sous le diaphragme ne se laissait pas facilement décoller. En avant, le décollement dans le péritoine fut beaucoup plus difficile ; il y eut même une légère ouverture de la séreuse, que je dus fermer ultérieurement par une suture. Le volume du rein me gênait beaucoup au fur et à mesure que, dans mon décollement, je me rapprochais du bord interne du rein. Heureusement à ce moment, je sentis au niveau du pôle supérieur du rein, dans l'uretère, un corps dur, allongé, que je reconnus pour un calcul. Je pris alors le parti de ponctionner la tumeur, que j'avais prise jusque-là pour un néoplasme,

d'où je retirai 880 grammes de liquide uro-hématique. Dès que la poche fut ainsi évacuée, elle se laissa attirer au dehors, et je pus terminer le décollement du rein au niveau du bord interne avec facilité, ainsi qu'au niveau du pôle supérieur. J'avais sous mes doigts au niveau du bord interne du rein, la veine cave inférieure que je disséquai sur une certaine étendue. Je fis alors des ligatures sur le pédicule rénal, et je plaçai au-dessous du calcul enchâssé dans l'uretère une ligature sur ce conduit; j'extirpai d'une seule pièce la masse volumineuse du rein avec le calcul en place.

Je drainai largement la grande cavité occupée par la tumeur. Les suites opératoires furent relativement assez simples; il se produisit cependant un peu d'infection locale sans gravité. Mais l'état général resta pendant longtemps assez grave. Le malade eut dans les jours qui suivirent l'opération une dyspnée intense, combattue par les inhalations d'oxygène et les ventouses. Après les deux premières mictions, les urines redevinrent claires; dans la journée qui a suivi, le malade a rendu 1.200 grammes d'urine; les jours suivants : le 26 avril, 1.400 grammes ; le 27 avril, 1.300 gr. Depuis cette époque, rien de spécial n'a attiré notre attention du côté de l'appareil urinaire. Le malade est sorti guéri près de trois mois après l'opération.

Dans le liquide retiré de la poche, il y avait 3 gr. 20 d'urée par litre.

A la section du rein que M. Auvray vous a présenté, on constatait l'existence d'une vaste poche présentant quelques colonnes charnues dans son intérieur et une coque de tissu rénal très atrophiée à son intérieur. M. Pierre Duval, qui a bien voulu examiner cette pièce sur ma demande, a constaté une dilatation énorme des calices, le tissu rénal est réduit à une coque de 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Au pôle supérieur il est atrophié au point que l'hydronéphrose est presque capsulaire. Il existe une périnéphrite scléro-lipomateuse légère.

Cette observation nous paraît intéressante au double point de vue de la *thérapeutique* et de la *pathogénie* de l'uronéphrose.

Dans le cas actuel il était vraiment logique, comme le fit M. Auvray, de pratiquer d'emblée la néphrectomie car les dimensions de la poche, la minceur de sa paroi, la faible qualité de l'urine secrétée par le rein autorisaient une telle pratique.

L'auteur de cette observation employa pour extirper la tumeur rénale le procédé imaginé par Grégoire et décrit dans son récent rapport en collaboration avec Duval pour le Congrès d'urologie ; je ne reviendrai pas sur cette technique déjà publiée et que

M. Auvray décrit tout au long dans son manuel opératoire; il me semble plus intéressant d'insister sur les conditions et la raison d'être de cette manière de faire.

Sans doute M. Auvray avait diagnostiqué, sur des symptômes très plausibles, un néoplasme du rein, et dans ces conditions la voie latérale et le décollement de la tumeur jusqu'à la région des vaisseaux prévertébraux représentaient la technique la plus logique.

Mais en cas d'uronéphrose, il ne faut pas oublier que la voie lombaire peut donner un jour très suffisant puisqu'il n'est pas nécessaire d'aller à la recherche des ganglions prévertébraux. Malgré l'avis de quelques-uns d'entre nous, je n'oserais dans ces cas défendre la voie transpéritonéale surtout préconisée à l'époque où les voies d'accès du rein par la région lombaire étaient encore très étroites. Nous n'avons plus aujourd'hui les mêmes raisons d'y avoir recours et nous devons éviter autant que possible d'ouvrir la séreuse péritonéale, ne pouvant affirmer à l'avance l'asepticité absolue du contenu de la poche uronéphrotique. Comme le fait donc M. Auvray lui-même je discuterai la technique qu'il a suivie dans les cas où elle s'applique à une tumeur néoplasique.

Le cancer du rein est certainement (peut-être avec celui du pylore) de tous les cancers viscéraux celui dont le territoire ganglionnaire est le plus limité et le plus facilement enlevable, à condition que la métastase soit encore au début et que l'on sache aborder la région où siègent les glandes lymphatiques.

Or, dans le cancer du rein, on s'en tient généralement à l'ablation de la tumeur et, contrairement aux préceptes de la chirurgie moderne, on semble totalement ignorer les ganglions.

Il n'y a cependant pas de raison que ce néoplasme soit traité différemment des autres cancers. D'autre part, comme l'ont démontré successivement Grégoire puis Lecène, la capsule adipeuse en apparence saine est souvent prise microscopiquement et il est nécessaire de l'enlever en masse et non par fragment dans la crainte de laisser ou de disséminer du cancer.

C'est pour ces raisons qu'il est utile en cas de néoplasme du rein de décoller à la fois la glande et son atmosphère adipeuse d'abord de la paroi lombaire, ensuite du péritoine prérénal. L'intérêt de ce procédé tient donc en entier dans ce décollement qui mène jusqu'à la région ganglionnaire; l'incision latérale à lambeau n'est qu'un moyen d'arriver à ce résultat.

Nous pouvons discuter d'autant plus facilement les avantages de cette voie que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de l'employer dans notre service de l'hôpital Bichat. Nous avons pu

constater que la voie ouverte est beaucoup plus large que par l'incision lombaire, et en cas de grosses tumeurs les manœuvres d'extirpation nous ont paru, comme à M. Auvray, beaucoup plus faciles.

Cette manœuvre permet encore d'explorer le hile du rein, et dans les néoplasmes elle rend possible l'extirpation des ganglions lombaires, puisque, comme l'a remarqué notre collègue lui-même, « on peut voir la veine cave sur une grande partie de son étendue ».

Dans un cas de cancer du testicule, nous avons utilisé, dans un premier temps, cette incision pour mettre à découvert une masse de ganglions qui remontait jusqu'au hile du rein.

Dans deux cas de néoplasme du rein nous avons été frappés de la facilité des manœuvres opératoires et de la rapidité de guérison d'une brèche en apparence aussi grande.

Au point de vue de la pathogénie de cette uronéphrose, il est incontestable que le calcul trouvé au niveau de l'extrémité supérieure de l'uretère a dû jouer un rôle dans le développement ou peut-être simplement dans l'accroissement de la distension pyélo-rénale.

Mais il semble d'après Pierre Duval et Grégoire, dans leur remarquable rapport au Congrès d'urologie, que le calcul ne puisse à lui seul produire la distension. Il paraît nécessaire que des lésions d'urétérite sténosante secondaires au calcul ou peut-être une malformation congénitale du conduit interviennent dans la production de l'uronéphrose.

Or, d'après l'examen de la pièce d'Auvray on pouvait facilement constater que le calcul n'oblitérait pas l'uretère et qu'il n'y était pas serré ; il n'a fallu en effet qu'une très légère pression pour le désenclaver du siège qu'il occupait.

Mais il est regrettable que nous n'ayons pu recueillir sur la pièce qui nous a été présentée aucun renseignement précis sur la nature du calcul ni sur l'état de la paroi urétérale au-dessous du caillou pouvant nous indiquer si le calcul est primitif ou secondaire à un rétrécissement et exagéré par l'enclavement du calcul dans cette sténose.

Ces données auraient pu éclairer utilement la pathogénie de l'uronéphrose dans ce cas particulier. Nous tenons toutefois à dire que M. P. Duval pense qu'il s'agit d'un calcul primitif engagé dans le collet du bassinet ; mais la pose du fil au-dessous ne permet pas de voir s'il existait une valvule urétérale et de constater l'état de la paroi urétérale.

Quoi qu'il en soit, la communication de M. Auvray n'en est pas moins intéressante.

Je vous prie en conséquence, Messieurs, de remercier M. Auvray de nous l'avoir apportée et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Appendicectomie pour l'incision transversale de Chaput, par M. Duval, directeur du service de santé de la marine.

Rapport par M. CHAPUT.

M. Duval nous a envoyé un petit mémoire sur l'appendicectomie par l'incision transversale, avec trois observations détaillées à l'appui, une du Dr Laurence, médecin de la marine, et deux autres personnelles — toutes trois suivies de succès.

M. Duval fait l'éloge de l'incision transversale au point de vue de la simplicité de l'opération et de la largeur de la brèche qu'elle procure.

J'ai décrit, le 3 juin 1905, dans la *Presse médicale*, l'incision transversale en question. Elle part de l'épine iliaque antéro-supérieure et se dirige horizontalement en dedans; elle empiète plus ou moins sur le muscle droit, qu'elle peut ne pas atteindre ou qu'elle peut entamer en partie ou en totalité selon le jour dont on a besoin.

Cette incision présente sur les autres procédés des avantages assez sérieux.

1° Au niveau de l'épine iliaque, les fibres du petit oblique et du transverse sont absolument horizontales; il en résulte qu'on n'a pas besoin d'une incision cutanée aussi longue que dans le procédé de Mac Burney dont l'incision se contrarie avec les interstices musculaires. En outre, les faisceaux des deux muscles étant parallèles, on a plus de jour que lorsque les faisceaux se croisent.

2° A l'inverse des autres incisions, l'incision horizontale ne sacrifie aucun filet nerveux du grand droit; c'est donc une garantie de solidité pour la paroi abdominale.

3° Le passage à travers les interstices musculaires, sans couper les muscles, évite plus sûrement l'éventration que la section des muscles — ou même que l'incision de Jalaguier.

4° En cas de drainage, l'incision horizontale expose beaucoup moins à l'éventration que les autres incisions.

5° L'incision horizontale donne beaucoup plus de jour que l'incision de Mac Burney.

6° Elle permet de drainer facilement dans toutes les directions. Il n'en est pas de même des autres incisions, souvent très éloignées des régions à drainer.

Ce procédé que j'ai décrit est une variante de celui décrit par Mac Burney en 1894. Dans celui-ci, on passe à travers des interstices musculaires dont les directions se contrarient. J'ai dit plus haut que ce procédé ne donnait pas autant de jour que l'incision horizontale. J'ajouterai que lorsqu'on a besoin d'avoir beaucoup de jour, le procédé de Mac Burney n'est pas susceptible d'un agrandissement illimité; il n'en est pas de même de l'incision transversale, qu'on peut à la rigueur agrandir jusqu'à la ligne médiane.

Je n'insiste pas sur la suture à plusieurs plans: péritoine, muscles, aponévrose, peau. On suit ici les règles générales de la suture des parois établies par M. Pozzi.

L'incision transversale a été exécutée après moi, le 2 octobre 1905, à l'Académie de Philadelphie, par M. Gwillen Davis, de Philadelphie, qui s'en loue beaucoup.

Les observations de M. Davis et de M. Duval viennent à l'appui des idées que j'ai défendues; je ne puis que m'en féliciter.

Extirpation du ménisque externe du genou pour subluxation récidivante de cet organe, avec douleurs et poussées d'hydarthrose,
par M. MICHON.

Rapport par M. CHAPUT.

M. Michon nous a communiqué la très intéressante observation que je vous résume ici rapidement.

Il s'agit d'un homme de trente-sept ans atteint de tuberculose pulmonaire au début.

Il y a douze ans, étant accroupi, il veut se relever, mais il éprouve une douleur violente avec craquement dans le genou. Il ne peut se relever, il tombe, mais il arrive à redresser sa jambe à l'aide de ses mains. Il reste ensuite une dizaine de jours au lit en raison du gonflement douloureux de la jointure.

Pendant cinq ans il n'eut pas de nouvel accident, mais un jour, étant assis sur une chaise et voulant se relever, il éprouva la même douleur et les mêmes accidents.

Puis les crises devinrent plus fréquentes, elles se produisirent

avec plus de facilité, même au lit elles devenaient en même temps moins douloureuses et les suites en étaient moins sérieuses qu'autrefois.

Dans ces derniers temps les crises se produisaient avec tant de facilité que le malade ne marchait plus qu'avec les plus grandes précautions. Il éprouvait constamment une douleur sourde, exaspérée par la pression et localisée à l'interligne articulaire entre le tendon du biceps et le tendon rotulien.

A l'examen, on constatait un épanchement abondant du genou, une atrophie marquée du triceps fémoral. Pas de signes de corps étranger; on notait la douleur au niveau de la partie antérieure du ménisque externe avec un épaississement tout à ce niveau. Le malade racontait qu'au moment de la luxation la saillie (du ménisque) augmentait nettement. Les crises étaient favorisées par l'adduction avec rotation en dedans.

Pas de mouvements latéraux, flexion et extension difficiles, mais complètes.

M. Michon opéra ce malade le 30 janvier 1905. Il fit une incision transversale sur l'interligne articulaire entre le tendon rotulien et celui du biceps, il tomba bientôt sur la face cutanée du ménisque externe qui débordait nettement le plateau tibial.

L'insertion antérieure du ménisque fut sectionnée aux ciseaux, l'organe se déroula comme un ressort, on le coupa le plus loin possible en arrière, mais on laissa en place une partie de son extrémité postérieure.

Il s'écoula pendant l'opération une grande quantité de synovie jaunâtre et transparente; il n'y avait aucune lésion de la synoviale.

Drainage de l'article. Suture des aponévroses au catgut. Suture cutanée. Réunion immédiate.

Le cartilage avait un aspect normal, il ne présentait ni ruptures ni arrachements, il ne paraissait pas notablement épaissi ni élargi.

La pièce ayant été égarée n'a pu être examinée histologiquement.

Après l'enlèvement du drain, il se produisit une poussée d'hydarthrose, qui diminua peu à peu. Au bout de six semaines le malade commença à marcher.

Revu le 20 novembre 1905, il déclara n'avoir pas eu de nouvelle crise depuis l'opération. Il marche facilement. Il présente un peu de liquide dans les deux genoux. Les mouvements de flexion sont un peu diminués, mais tous les autres sont normaux.

J'ai examiné moi-même ce malade le 20 novembre et j'ai constaté que son état était très satisfaisant.

Cette observation est très intéressante à cause de sa rareté, car on n'a pas jusqu'ici communiqué à notre Société d'observation d'extirpation d'un ménisque du genou pour luxation récidivante.

Les observations françaises sont rares et isolées ; elles se réduisent aux faits de Tédenat (*Th.* de Mouret, Montpellier, 1891), de de Lardy (*Revue de chirurgie*, 1894), de Duret (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1896), de Lebec (*France médicale*, 1898), de Rafin (*Th. de Lyon*, 1898), de Bureau (*Gaz. méd. de Nantes*, 1902).

Citons encore les travaux français de Pauzat (*Rev. de chir.*, 1895), de Roux (*Mercredi médical*, 1895), et les discussions plus anciennes de la Société de chirurgie de 1879, Lannelongue, Duplay, Le Fort, Desprès et Verneuil.

A l'étranger les publications sont importantes; elles portent sur un grand nombre de cas, en particulier dans les travaux d'Allingham (*Lancet*, 1902), de Barker (*Th.*), Bennet (*Lancet*, 1900), Bruns (*Beitrage*, 1892). Ajoutons les mémoires moins importants de Margary (*Acad. de Turin*, 1882) et de Kummer (*Revue de la Suisse romande*, 1898).

La luxation des ménisques est beaucoup plus fréquente chez l'homme (182 fois) que chez la femme (18 fois) d'après Bennet.

Le cartilage interne est le plus souvent atteint : 155 fois contre 45 fois pour quatre luxations externes (Bonnet). Les chiffres d'Allingham sont comparables : vingt-deux luxations internes contre une externe.

Les lésions constatées sont variables ; on constate des déchirures centrales ou périphériques des ménisques, partielles ou totales, des arrachements de l'extrémité antérieure.

On a constaté dans certains cas l'épaississement de toute la largeur du ménisque avec ou sans hématome. Kummer n'a constaté qu'un épaississement du bord externe du ménisque.

On a noté très souvent l'hydarthrose et la laxité des ligaments latéraux du genou.

En résumé, la luxation des ménisques présente trois ordres de lésions : 1° des ruptures longitudinales ou transversales, ces dernières partielles ou totales, ou des arrachements ;

2° De simples épaississements du ménisque ;

3° Une mobilité anormale du ménisque avec ou sans mouvements latéraux du genou, avec ou sans hydarthrose.

Dans le cas de M. Michon, il n'y avait aucune mobilité latérale du genou, mais la présence d'une hydarthrose bilatérale permet d'admettre une laxité anormale de toute la capsule et même des moyens de fixité des cartilaµes semi-lunaires, d'autant plus que notre collègue a constaté que le ménisque débordait nettement le plateau tibial. Lors du premier accident, la flexion forcée a chassé

le ménisque en avant, en distendant ses moyens d'attache ; ultérieurement le déplacement s'est reproduit de plus en plus facilement à mesure que les ligaments se distendaient, et que le ménisque augmentait de volume.

La *symptomatologie* de la luxation méniscale est très nette ; elle se produit à l'occasion d'une flexion forcée, ou d'une adduction avec rotation interne (pour le ménisque externe) ou d'une abduction avec rotation externe (pour le ménisque interne). Il faut toutefois savoir que la symptomatologie de la luxation méniscale peut avoir pour cause des franges articulaires hypertrophiées ou des corps étrangers articulaires.

Dans certains cas, le ménisque fait saillie sous la peau ; dans d'autres, il disparaît vers la profondeur, et on constate au niveau de l'interligne une dépression anormale.

Les traitements proposés ont consisté en massages, en mouvements forcés (Desprès), port d'appareils limitant la flexion. On a fait aussi la fixation chirurgicale des ménisques, mais il semble que tous ces moyens soient bien inférieurs comme efficacité à l'extirpation, qui ne comporte que des risques insignifiants, et ne compromet aucunement le fonctionnement du membre.

L'opération s'exécute par une incision verticale, horizontale ou en L ; il est inutile d'enlever la partie postérieure du ménisque, d'ailleurs peu accessible.

Le drainage articulaire est logique, il a toujours été avantageux et sans aucun inconvénient.

M. Delorme. — Les faits sur lesquels notre collègue M. Chaput vient d'attirer notre attention ne sont peut-être pas aussi rares que sembleraient nous le faire croire et nos classiques et les quelques travaux publiés sur cette question. L'un de nos confrères de l'armée, M. le médecin-major Boucher, a, dans un mémoire intéressant, relaté un nombre relativement élevé de ces cas (douze), dûment contrôlés et observés en peu d'années dans une région de la France très circonscrite. M. Boucher, dans les *Archives de médecine militaire*, a étudié le mécanisme de ces luxations et se montre partisan de l'intervention chirurgicale (1). Ses succès sont de nature à engager à suivre la même pratique.

M. Boucher a le bonheur de pouvoir citer, dans son mémoire, quelques cas des luxations les plus rares des ménisques. Je signale son intéressant travail à notre collègue M. Chaput et à la Société.

(1) *Archives de médecine militaire*, 1904, t. XLIII, et 1905, t. XLVI, p. 99 et 200.

Dix-neuf pharyngectomies pour cancers oropharyngés,
par M. Vallas (de Lyon).

Rapport par M. HENRI HARTMANN

Tout ce qui a trait à la cure du cancer est actuellement à l'ordre du jour. A ce titre, les dix-neuf observations de pharyngectomies pour cancers oropharyngés, que nous a communiquées le Dr Vallas (de Lyon), méritent de fixer notre attention; d'autant que le traitement chirurgical du cancer du pharynx est, d'une manière générale, un peu délaissé dans nos services de chirurgie à Paris.

Il semble que depuis les tentatives faites par Verneuil et ses élèves, la plupart d'entre nous se soient laissés aller à un véritable découragement. Y a-t-il lieu de revenir sur ce pessimisme, et faut-il de nouveau entamer la lutte contre cette terrible affection? Les avantages retirés de l'opération sont-ils suffisants pour permettre d'exposer le malade à ses dangers immédiats considérables?

En un mot, *l'intervention opératoire est-elle indiquée*? Si elle est indiquée, *comment faut-il la pratiquer*? Telles sont les deux questions auxquelles nous avons à répondre.

Jusqu'ici nous ne possédions guère, pour nous faire une opinion, que des faits isolés et deux statistiques importantes, celles de Krönlein et celle de Czerny.

Dans la statistique de Krönlein publiée en 1897 (1), nous trouvons :

Un cancer du nasopharynx, guéri opératoirement, mais ayant succombé à une récidive rapide;

Dix-neuf cancers oropharyngés avec 4 morts immédiates, dont 2 par bronchopneumonie, 11 récidives ayant entraîné la mort en moyenne quatorze mois après le début de l'affection, 1 opéré mort d'une maladie intercurrente, 1 guéri après sept ans écoulés;

Sept cancers laryngo-pharyngés avec 6 morts opératoires (4 complications pulmonaires, 1 hémorragie secondaire, 1 choc), 1 guérison datant de deux ans au moment de la publication du mémoire.

Czerny (2) a opéré 23 malades, 9 sont morts immédiatement (3 d'hémorragies secondaires, 6 de complications pulmonaires); 14 ont guéri opératoirement, mais tous sont morts de récidive rapide, la survie n'ayant été que de dix mois pour les cancers

(1) Krönlein. *Beitr. z. klin. Chir.* Tubingen, 1897, t. XIX.
(2) Lindenborn. *Beitr. z. klin. Chir.* Tubingen, 1904, t. XLIII, p. 569.

oropharyngés, de cinq mois et demi seulement pour les cancers laryngopharyngés.

En présence de ces statistiques on comprend que les chirurgiens aient en général abandonné une opération qui est souvent immédiatement grave et dont les résultats éloignés sont d'autre part décourageants.

Cependant l'opération est logique, le cancer du pharynx est un cancer qui se propage de proche en proche et qui se généralise peu; on pouvait donc se demander si les résultats ne finiraient pas par s'améliorer. La série actuelle des opérations de M. Vallas nous montre un progrès sur ce qui a été publié jusqu'ici.

Observations de pharyngectomies après résection du maxillaire.

Obs. I. — V... (Pierre), soixante-deux ans, sans profession.

Depuis deux mois, douleurs à la déglutition, douleurs dans l'oreille droite. Tumeur implantée sur l'amygdale droite, ayant envahi le pilier droit et la muqueuse de la branche montante du maxillaire inférieur, tumeur bourgeonnant, saignant facilement, ganglions sous-maxillaires. Pas de cachexie, ni d'amaigrissement.

Opération le 24 *mars* 1899. — Résection d'une partie du corps du maxillaire inférieur, avec la branche montante. Ligature de nombreuses artères rencontrées en chemin. Ablation de la tumeur, qui tient l'amygdale, le pilier antérieur, la moitié de la base de la langue et du voile. Sonde à demeure par le nez. Drainage à la gaze iodoformée. Suture de la joue. Appareil prothétique. Le malade n'a pas gardé son appareil prothétique.

9 *mai.* — Le malade sort en bon état, il ne reste plus qu'une fistule au cou. Il part ayant encore sa sonde nasale, qu'il enlèvera lui-même.

20 *juillet.* — Le malade écrit actuellement qu'il va aussi bien que possible. Il pèse 65 kilogrammes et a repris jusqu'à 2 kil. 500 par semaine; la plaie est complètement cicatrisée. Il parle assez facilement, mais ne peut encore prendre que des bouillons, il est vrai.

7 *août.* — Actuellement il va bien, nous écrit-il; il est aussi lourd qu'avant l'opération et mange, avec beaucoup d'appétit, viande ou légumes.

juillet 1900. — Le malade meurt d'une affection pulmonaire sans avoir présenté trace de récidive. A donc vécu seize mois sans récidive.

Obs. II. — D... (Pierre), tailleur de pierre. Début il y a un an par une petite ulcération bourgeonnante sur l'amygdale gauche qui s'est peu à peu développée.

A l'entrée (27 *avril* 1900), on constate l'existence d'une tumeur bourgeonnante, grosse comme une noix, qui occupe toute la largeur amygdalienne, envahit les piliers gauches du voile du palais et le voile du

palais lui-même. La tumeur s'enfonce dans la profondeur, car, dans la région sous-auriculaire, sous l'angle de la mâchoire inférieure on sent une tumeur dure, résistante, adhérente à l'os et aux plans profonds, du volume d'une mandarine. Bon état général malgré facies cachectisé.

Opération le 28 *avril* 1900. — Incision de 8 centimètres le long du bord inférieur du maxillaire inférieur. Deuxième incision sur la région carotidienne perpendiculaire à celle-ci. Résection du maxillaire inférieur, branche montante droite et branche horizontale à partie de la première molaire. Dissection des ganglions sous-maxillaires et carotidiens, ablation de la tumeur comprenant la base de la langue, l'amygdale droite, la loge amygdalienne et la portion droite du voile du palais. Mort le 1er mai.

Obs. III. — M... (Louis), cinquante et un ans, cultivateur. La tumeur a débuté, il y a environ un an, en face d'une dent cariée et cassée (deuxième molaire droite de la mâchoire inférieure). Elle a débuté par une rougeur indurée; la tumeur s'agrandit sans s'ulcérer, envahissant la moitié droite de la langue, très loin vers la base, le sillon gencivo-buccal, le pilier antérieur du voile et l'amygdale droite, la partie postérieure du plancher buccal, du côté droit. Cette tumeur n'a jamais fait souffrir le malade, mais le gêne pour manger et pour avaler. Très bon état général. Ganglion sous-maxillaire.

Opération le 25 *avril* 1900. — Première incision de 0^m07 le long du bord inférieur du maxillaire inférieur. Deuxième incision sur la région carotidienne, perpendiculaire à celle-ci. Ablation des ganglions carotidiens. Résection du maxillaire inférieur : branche montante droite et branche horizontale à partir de la première molaire. Ablation de la tumeur après résection médiane de la langue, dont on laisse en place, fixée par un fil, la portion saine.

24 *juillet*. — Le malade est revu, son état général est excellent. Il a engraissé de 10 kilogrammes. La plaie est parfaitement cicatrisée. Pas de trace de récidive. On voit que le voile du palais, les piliers, la loge amygdalienne sont confondus en une seule cicatrice; l'ouverture de l'isthme du gosier est un peu étroite.

23 *décembre*. — Nous écrivons au malade pour avoir des renseignements sur son état de santé actuelle. Il nous répond qu'il se porte bien, qu'il avale facilement, mais que la mastication est un peu pénible; la phonation est peu troublée, il se fait facilement comprendre des siens. « Dites à M. Vallas, ajoute-t-il, que je le remercie beaucoup, qu'il m'a redonné la vie. »

7 *mars* 1903. — Pas de récidive.

Obs. IV. — R... (Auguste), soixante et un ans, concierge. Entré le 17 avril 1901, salle Saint-Louis. Le début de l'affection a commencé, il y a cinq mois, par des douleurs très vives dans l'oreille droite. Au bout de quelque temps, s'ajoutent des douleurs violentes sous forme de névralgie dans le domaine du trijumeau droit. Quelques jours avant son

entrée, apparaissent de nouveaux phénomènes douloureux dans la région sous-maxillaire.

C'est pour ces douleurs que le malade entre à l'hôpital.

A l'examen buccal, on constate la présence d'un néoplasme de l'amygdale droite qui se prolonge sous forme d'ulcération en avant sur le bord droit de la langue. En arrière, le néoplasme envahit le pilier postérieur; en bas, le plancher de la bouche et la base de la langue sont indurés. L'ensemble de la tumeur forme une masse adhérente latéralement au maxillaire inférieur. Extérieurement, on constate des ganglions sous-maxillaires au niveau de l'angle de la mâchoire.

Intervention le 17 avril. — Premier temps. — Incision verticale le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à l'os hyoïde, sur laquelle on branche une incision horizontale parallèle au bord inférieur du maxillaire, à 1 centimètre au-dessous de lui.

Dissection des ganglions en une seule masse qu'on laisse appendue à la mâchoire. Ligature de l'artère faciale et des affluents de la veine jugulaire interne.

Deuxième temps. — Section de la branche horizontale du maxillaire au niveau de la canine, après dénudation des deux faces de l'os. Section de l'apophyse coronoïde. Désarticulation.

Troisième temps. — Ablation de la tumeur aux ciseaux en traversant le sillon glosso-épiglottique, le pilier antérieur, contournant toute la tumeur à travers la langue, dont on laisse un petit moignon constitué par son côté droit; on enlève ainsi en bloc les ganglions néoplasiques, le maxillaire, le plancher de la bouche, la langue et la paroi latérale du pharynx.

Ligature des linguales pincées dans le cours de la section.

Quatrième temps. — La cavité bucco-pharyngienne est isolée de la plaie opératoire par la suture de la muqueuse du pharynx et de la joue avec la muqueuse du bord droit de la langue.

Sonde œsophagienne.

Suites normales, sans incident. Le malade sort le 23 mai. Il reste guéri pendant deux ans.

Il rentre le 28 mars 1903 avec une récidive dans les ganglions carotidiens. Le malade, très cachectique, est jugé inopérable. Il meurt un mois après.

Obs. V. — R..., tonnelier, soixante ans. Les premiers phénomènes observés ont consisté en une gêne de la déglutition qui a apparu il y a trois mois, et en douleurs dans l'oreille droite, surtout très vives pendant la nuit. C'est pour ces douleurs qu'il est venu à l'hôpital. On constate une tumeur siégeant à la partie postérieure de l'amygdale droite. On reconnaît, avec le doigt, qu'elle envahit toute la paroi latérale du pharynx, qu'elle se prolonge en bas et en arrière jusqu'au repli glosso-épiglottique correspondant. Pas de ganglions perceptibles.

Premier temps. — Intervention. Incision verticale le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien jusqu'à l'os hyoïde. Incision per-

pendiculaire à la précédente de 1 centimètre, au-dessous du bord inférieur du maxillaire inférieur, s'étendant jusqu'à la ligne médiane.

Deuxième temps. — Résection de toute la branche montante et de l'angle maxillaire inférieur, dont on fait l'ablation en lui laissant adhérer la plus grande partie de la base de la langue du côté droit, le pilier antérieur, l'amygdale et la paroi latérale jusqu'au repli aryténo-épiglottique. On passe un fil dans l'épiglotte pour empêcher l'asphyxie par sa chute sur l'orifice laryngé.

Troisième temps. — Suture des muqueuses bucco-pharyngées. Sonde œsophagienne. Mort le 10 octobre de broncho-pneumonie.

Obs. VI. — Br... (Isidore), quarante-huit ans, cultivateur. Entré salle Saint-Louis le 14 mai 1902. Le malade souffre depuis six mois de douleurs sous la langue et de gêne de la déglutition. A cette époque, il a remarqué un ganglion sous-maxillaire du côté droit. Depuis trois mois, douleurs vives dans l'oreille.

A son entrée on constate une énorme tumeur infiltrant le plancher de la bouche du côté droit; il existe à ce niveau une ulcération qui longe l'arcade du maxillaire et remonte le long du pilier droit sur la partie inférieure de l'amygdale.

Extérieurement, l'infiltration du plancher se continue en arrière avec une grosse masse ganglionnaire adhérente à la peau au niveau de l'angle de la mâchoire.

Opération : Premier temps. — Incision suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, passant au-dessous de la masse ganglionnaire et remontant jusqu'au niveau de la partie médiane de la lèvre inférieure.

Une autre incision circonscrit la peau adhérente au ganglion.

Deuxième temps. — Isolement de la masse ganglionnaire des parties voisines. Ligature de la faciale, de l'artère linguale. Dénudation du maxillaire depuis la symphyse jusqu'à l'articulation.

Troisième temps. — Section du maxillaire sur la ligne médiane. Section, en dehors du néoplasme, du plancher de la bouche, le long de la partie gauche du maxillaire. Section de la langue au niveau de la base, ablation du pilier antérieur et de l'amygdale.

Ligature au passage de l'artère linguale du côté opposé.

La pièce enlevée comprend en un seul bloc la masse ganglionnaire, le maxillaire, la langue, le plancher de la bouche, l'amygdale et le pilier droit.

Sonde œsophagienne. Le malade sort guéri le 25 juin. La parole est conservée. La déglutition se fait bien.

Obs. VII. — P... (Joseph), voiturier, cinquante-cinq ans. Entré le 22 mai 1902.

Le début des symptômes remonte au mois de décembre 1901. Il a ressenti de la gêne de la déglutition et des douleurs dans l'oreille gauche, qui ont augmenté peu à peu.

A son entrée l'amygdale, très augmentée de volume, présente une

ulcération qui a détruit en avant le pilier antérieur et s'étend en arrière sur le piller postérieur.

A sa partie inférieure, le néoplasme s'étend jusqu'à la base de la langue et en arrière jusqu'au sillon glosso-épiglottique qui est respecté. Petits ganglions sous-maxillaires.

Le malade a un mauvais état général, est amaigri; il mange peu et éprouve de violentes douleurs dans l'oreille et au niveau de l'amygdale.

Intervention le 28 mai. Incision verticale le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Incision perpendiculaire à la première, passant à 1 centimètre au-dessous de l'angle de la mâchoire jusqu'à la ligne médiane.

Dissection des ganglions carotidiens et sous-maxillaires. Ligature de la linguale et de la faciale. Résection de la branche montante du maxillaire inférieur. Ablation du néoplasme comprenant l'amygdale, la paroi pharyngienne latérale, le pilier antérieur du voile, la base de la langue jusqu'au sillon glosso-épiglottique.

Dans le cours de l'opération, le malade a asphyxié plusieurs fois par hémorragie dans sa trachée.

Sonde œsophagienne. Mort le 3 juin par broncho-pneumonie.

Obs. VIII. — G... (Jean), cinquante-quatre ans, camionneur. L'affection a débuté il y a cinq mois par des douleurs dans l'oreille gauche. A son entrée, on constate une ulcération néoplasique étendue sur toute l'amygdale gauche et le pilier antérieur. A sa partie inférieure elle empiète sur la base de la langue, qui est indurée au toucher. Ganglions sous-maxillaires adhérents à l'os. L'état général du malade n'est pas très bon.

Intervention le 28 juillet 1902. Dissection des ganglions sous-maxillaires, qu'on laisse adhérents à la mâchoire. Ablation de la moitié gauche du maxillaire, de la moitié de la langue, de l'amygdale et du voile du palais. Suture de la muqueuse pharyngée à celle de la joue et du plancher.

Sonde œsophagienne passant par le nez. Suites opératoires normales. Le malade sort guéri un mois après l'intervention.

Au mois de novembre 1902, il revient avec des masses ganglionnaires énormes des deux côtés, adhérentes, absolument inopérables, qui n'ont apparu que depuis très peu de temps. Le malade retourne chez lui.

Obs. IX. — R... (Hippolyte), cinquante-deux ans, épicier. Entré le 28 juillet 1902. Le début de l'affection remonte à trois mois. Le malade a commencé par souffrir sur le bord droit de la langue. Il éprouvait de la douleur pendant la mastication.

A son entrée, le malade accuse une douleur d'oreille. On constate une tumeur bourgeonnante siégeant sur le bord droit de la langue en arrière et ayant envahi tout le pilier antérieur du voile et l'amygdale du même côté. Le doigt introduit dans la bouche constate l'induration néoplasique de la partie droite de la base de la langue.

Le malade ne se laisse opérer que le 15 septembre. La tumeur à ce moment-là a augmenté de volume. Les ganglions sous-maxillaires sont nombreux, durs.

Intervention en août 1902. Incision d'après le procédé de M. Vallas. Dissection de tout le territoire lymphatique sous-maxillaire.

Résection de la branche montante. Ablation de la moitié de la langue, de l'amygdale droite, de la moitié du voile du palais.

Suture de la muqueuse pharyngée, de la muqueuse buccale.

Sonde œsophagienne.

Le malade part guéri le 4 novembre 1902.

Obs. X. — V... (Jean), soixante-trois ans, cultivateur. Entré le 12 mars 1903, salle Saint-Louis. L'affection remonte à dix mois, époque à laquelle le malade s'aperçut d'une petite ulcération siégeant sur le voile du palais. Quelque temps après, la gêne de la déglutition augmente, il souffre de douleurs irradiées dans la partie gauche de la mâchoire inférieure, dans la langue. Des ganglions sous-maxillaires apparaissent au bout de quelques mois. Il se décide enfin à venir à l'hôpital. A son entrée, on constate extérieurement une tuméfaction considérable siégeant au niveau de l'angle maxillaire gauche. Cette tumeur bosselée est adhérente à la peau, qui présente même deux fistules à bords irréguliers par lesquelles s'écoule du pus sous l'influence des manœuvres digitales. L'angle de la mâchoire se perd au milieu de cette masse ganglionnaire. Le malade ouvre difficilement la bouche; cependant malgré le trismus on constate des masses bourgeonnantes et ulcérées qui envahissent le bord libre du voile du palais, les deux piliers antérieur et postérieur du côté gauche et l'amygdale. L'exploration digitale ne permet pas d'atteindre les limites postérieures du néoplasme. Le malade souffre beaucoup, avale très difficilement, salive en grande abondance.

Intervention, 14 *mars*. — Incision le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à l'os hyoïde. Incision curviligne sus-hyoïdienne partant de la première et aboutissant en avant sous la symphyse mentonnière. Troisième incision circonscrivant à la partie supérieure la peau adhérente aux ganglions.

Dissection de cette masse; chemin faisant, ligature des veines faciales, de la jugulaire externe et de l'artère faciale. On laisse le territoire lymphatique sous-maxillaire ainsi isolé, appendu à l'angle de la mâchoire.

Pendant les manœuvres de résection de la branche montante, on s'aperçoit que l'os est brisé au niveau de l'angle par une fracture pathologique. L'hémi-résection terminée, on fait l'ablation de toute la paroi latérale du pharynx comprenant les deux piliers, l'amygdale, la partie gauche de la base de la langue et le plancher de la bouche adjacent. Ligature de la linguale, suture de la muqueuse pharyngée à la muqueuse de la joue.

Sonde œsophagienne pendant cinq jours. Le malade part guéri au bout d'un mois.

Obs. XI. — N... (Jean), soixante-deux ans, mécanicien. Entré le 27 mai 1903. Le début s'est fait il y a six mois par une ulcération du bord gauche de la langue au contact de mauvaises dents. La déglutition est devenue douloureuse depuis quelque temps. Douleurs très vives depuis plusieurs semaines.

A son entrée, on constate une tumeur siégeant sur le bord gauche de la langue, elle remonte le long du pilier antérieur, s'étend sous forme de bourgeons friables sur l'amygdale gauche; il éprouve des douleurs violentes dans le domaine du trijumeau gauche.

Intervention, 5 *juin* 1903. — Incision comme dans les observations précédentes. Évidement de la région sous-maxillaire, glande et ganglions. Résection du maxillaire inférieur gauche, sauf le condyle et l'apophyse coronoïde que l'on sectionne à la cisaille de Liston. Ablation de la tumeur avec les ciseaux sectionnant la base de la langue, sauf son bord droit, la partie gauche du voile du palais et la paroi latérale du pharynx au-dessus de l'amygdale.

Sonde œsophagienne.

Le malade meurt le lendemain d'une syncope dans son lit.

Autopsie. Aucune lésion pouvant expliquer la mort.

Obs. XII. — D... (Joseph), soixante-dix ans, berger. Entrée août 1903. L'affection ne remontait qu'à deux mois. Le malade ressent depuis cette date de vives douleurs dans l'oreille gauche et dans toute la face. Depuis deux mois également il a de la peine à mastiquer et surtout à avaler ses aliments.

A son entrée, la tumeur forme une masse bourgeonnante et saignante comprenant toute l'amygdale gauche, le pilier antérieur gauche. En bas elle s'étend sur la base de la langue. Le plancher est induré.

La région sus-hyoïdienne latérale est occupée sous l'angle de la mâchoire par une masse ganglionnaire assez volumineuse, mobile.

Intervention, 31 *août* 1903. — Incision semblable à celle des autres observations. Dissection des ganglions et ligature des veines superficielles, de l'artère faciale.

Résection du maxillaire inférieur, sauf l'apophyse coronoïde et le condyle qu'on sectionne à la cisaille de Liston.

Pharyngectomie latérale comprenant l'amygdale, le pilier antérieur du voile, la base de la langue du côté gauche.

Suture de la muqueuse pharyngée à la muqueuse buccale. Mort le 8 septembre de broncho-pneumonie.

Obs. XIII. — N... (Alexis), quarante-trois ans, cultivateur. Entré le 26 juillet 1904. Le malade aurait eu il y a trois ans un abcès probablement dentaire qui s'est ouvert spontanément. Quelque temps après, on lui a pratiqué l'ablation de plusieurs dents au même niveau. C'est à la suite de cette avulsion dentaire que se développe une petite tumeur qui aurait évolué très lentement.

Cette année, comme il souffrait pour manger, il va voir le Dr Girard, de Grenoble, qui diagnostique un épithélioma du rebord alvéolaire. Il

en pratique la résection; trois semaines après cette intervention, le malade entre dans mon service, où l'on constate un carcinome volumineux situé en arrière de la cicatrice opératoire. Il forme une ulcération indurée au niveau de la mâchoire inférieure, remontant sur le voile du palais et sur l'amygdale. Le plancher de la bouche est infiltré. Ganglions sous-maxillaires.

Le malade souffre, a un mauvais état général et tousse un peu.

Opération le 2 octobre. Incision parallèle au bord inférieur remontant jusqu'à la ligne médiane au-dessous de la lèvre inférieure.

Hémisection totale gauche du maxillaire inférieur avec section des deux tiers de la langue et ablation du plancher de la bouche, de l'amygdale et du pilier antérieur gauche, le tout formant un seul bloc avec l'os.

Bonnes suites opératoires locales, mais le malade se cachectise de plus en plus, tousse beaucoup et a des crachats noirâtres d'odeur gangréneuse.

Mort le 29 octobre 1904.

A l'autopsie, on trouve une généralisation gangréneuse dans le poumon droit dont le lobe supérieur est occupé par une caverne néoplasique énorme.

Obs. XIV. — B... (Félix), cinquante-cinq ans, voyageur de commerce. Entré le 29 décembre 1904. Le malade s'est aperçu depuis sept mois de la présence de plaques blanches épaisses sur la muqueuse buccale.

Il s'est développé depuis trois mois une tumeur siégeant sur le bord gauche de la langue sous forme d'une ulcération que le malade a constatée. La gêne de la déglutition et des douleurs dans l'oreille gauche depuis à peu près la même époque. A son entrée, on constate une tumeur ulcérée siégeant sur le bord gauche de la langue, adhérente à sa partie inférieure au plancher buccal et se prolongeant en arrière sur le pillier antérieur et l'amygdale gauche. Il existe des ganglions sous-maxillaires du même côté. Le malade continue à souffrir pour avaler ses aliments et dans son oreille gauche.

Intervention le 27 octobre. — Incision au-dessous du bord inférieur du côté gauche, parallèle à ce bord et remontant en arrière sur quelques centimètres parallèlement au bord postérieur de la branche montante. Dissection de la région sous-maxillaire, ligature des vaisseaux, veines faciales, artère faciale, artère linguale. Enucléation de la glande sous-maxillaire. Les ganglions et leur territoire lymphatique sont laissés adhérents à l'os.

Résection du maxillaire inférieur gauche. Ablation du plancher de la bouche, des deux tiers de la langue, du pilier antérieur et de l'amygdale.

Pas de sonde œsophagienne.

Le 23 décembre, le malade sort guéri. Le malade revu au mois de juillet 1905 ne porte pas de récidive.

Obs. XV. — R... (Jean), cinquante-neuf ans. Entré le 5 novembre. Le

début de l'affection remonte à cinq mois. A cette époque, le malade, gêné un peu pour avaler, s'est aperçu qu'il avait une petite tumeur siégeant sur le bord latéral gauche de la langue.

Depuis déjà plusieurs mois il souffre de douleurs atroces dans l'oreille gauche, dans la région amygdalienne et dans tout le plancher. A son entrée, on constate un épithélioma volumineux qui occupe le bord gauche de la langue, a infiltré le plancher de la bouche et s'étend en arrière sur l'isthme du pharynx, pilier antérieur et amygdale. Il parle difficilement et souffre, non seulement toujours énormément dans l'oreille, mais localement, au point qu'il peut à peine déglutir sa salive. Pas de ganglions perceptibles.

Intervention le 10 novembre. — Incision parallèle au maxillaire. Résection de toute la partie gauche du maxillaire inférieur, sauf l'apophyse coronoïde et le condyle. Ablation avec le maxillaire du plancher de la bouche, des deux tiers de la langue et de l'amygdale gauche. La partie droite de la base de la langue a été respectée.

Pas de sonde œsophagienne.

Le malade part au bout de trois semaines, à peine guéri.

Obs. XVI. — C... (Émile), quarante-quatre ans, comptable. Entré le 19 avril 1905. Le début ne remonterait qu'à deux mois; depuis cette époque le malade souffre énormément pour mastiquer et déglutir ses aliments. Des douleurs dans l'oreille droite ont apparu depuis peu. Actuellement, on constate une tumeur volumineuse qui remplit toute la fosse amygdalienne et envahit en arrière la paroi latérale du pharynx, le pilier postérieur; en avant et en bas, elle s'étend jusqu'à la base de la langue. Elle est très bourgeonnante et saigne au moindre contact. On constate deux ganglions à la région sous-maxillaire. Le malade souffre énormément de ses douleurs d'oreille qui lui rendent la vie insupportable.

Intervention le 28 avril. — Incision verticale le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à l'os hyoïde. Incision perpendiculaire à la première, passant à un centimètre au-dessous de l'angle de la mâchoire et allant jusqu'à la ligne médiane.

Dissection de toute la région sous-maxillaire pour isoler les ganglions et tout le territoire lymphatique, qu'on laisse adhérents aux parties profondes.

Ligature de la jugulaire externe, de l'artère faciale, de l'artère linguale.

Résection partielle du maxillaire inférieur à 2 centimètres au-dessus de l'angle et au niveau de la canine. Ce coin maxillaire, rabattu en dehors, découvre toute la tumeur, et rapidement on termine l'opération en sectionnant aux ciseaux toute la paroi latérale du pharynx et la base de la langue. On enlève ainsi en bloc tous les ganglions lymphatiques, le coin osseux et la tumeur.

L'aspect de la plaie ressemble assez bien à un sablier dont les deux parties évasées répondent : l'inférieure à la région sous-maxillaire, la

supérieure à la pharyngectomie et la partie rétrécie au coin osseux réséqué.

Suture de la muqueuse pharyngée à la muqueuse buccale. Sonde œsophagienne. Mort six jours après l'opération, de broncho-pneumonie.

L'examen histologique pratiqué par M. Paviot a montré qu'il s'agissait :

1° Au niveau de la tumeur un épithèlioma alvéolaire du type ectodermique à globes épithéliaux et cornés.

2° Les ganglions très hyperplasiés avec hémorragies interstitielles sans cellules typiques d'épithélium ectodermique.

3° Au niveau de la langue, les follicules présentent des noyaux de généralisation dans leur centre de l'épithélioma amygdalien ectodermique.

Obs. XVII. — P... (Victor), quarante-neuf ans, employé. Entré le 18 mars 1905. Le malade s'est aperçu de sa lésion primitive au mois de novembre 1904. Il souffrait pour avaler, trouvait sa salivation plus abondante.

Entré dans la clinique de M. le professeur Poncet. On lui fit une première opération, par la voie buccale, qui consista dans la section de la partie droite du voile du palais, la luette comprise. Les piliers et l'amygdale furent respectés; sur la pièce on vit que l'ulcération néoplasique, large comme une pièce de 1 franc, siégeait sur le bord droit de la luette et le bord libre du voile.

Le malade sort rapidement guéri.

Il entre dans le service de M. Vallas le 18 mars 1905. A ce moment, on constate une tumeur végétante qui s'étend depuis la partie médiane de la cicatrice jusque sur la paroi latérale du pharynx, où elle forme une masse en forme de choux-fleurs qui a détruit les deux piliers et l'amygdale. La base de la langue est respectée. Le malade avale difficilement, il souffre de douleurs intolérables dans l'oreille et trouve que son état général est moins bon.

On constate des ganglions sous-maxillaires.

Opération le 11 avril 1905. — Incision le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la grande corne de l'os hyoïde. Incision perpendiculaire à la première passant à 1 centimètre au-dessous de l'angle de la mâchoire. Évidement de la région sous-maxillaire et dissection des ganglions, qu'on laisse adhérents par leurs pédicules à la tumeur pharyngée. Dans ce premier temps on lie la jugulaire externe, les veines faciales, l'artère faciale après section du digastrique.

On passe à la résection du maxillaire inférieur, dont on enlève tout l'angle et la branche montante, sauf l'apophyse coronoïde. Section de toute la paroi latérale du pharynx et du voile du palais, y compris les piliers gauches. La tumeur est enlevée avec le maxillaire et les ganglions en un seul bloc. Sonde œsophagienne. Les suites opératoires sont simples. Le malade a eu seulement un peu de gonflement œdéma-

teux au niveau de la plaie. Il part guéri le 9 mai 1905. Pas de prothèse.

Quelques mois après, le malade a été présenté à la Société des sciences médicales pour montrer l'excellence du résultat non seulement opératoire mais fonctionnel et esthétique.

Le malade, revu le 15 mai de l'année 1906, jouit d'une excellente santé. Il a engraissé, son état général est parfait.

Au point de vue local on constate une cicatrice fibreuse étendue des piliers gauches du voile à la paroi latérale droite du pharynx.

Le malade mange de tout. Il n'a aucun trouble de la déglutition; la parole est un peu nasonnée.

Le résultat esthétique est parfait; le malade, vu de face, ne présente aucune déviation du maxillaire.

Obs. XVIII. — B... (Honoré), cinquante-neuf ans, marchand forain. Entré le 20 octobre 1905. Début, il y a seulement six semaines, par de violentes douleurs dans l'oreille; jusqu'à cette époque le malade ne s'était aperçu de rien. Depuis quelque temps il souffre dans le maxillaire, du côté droit. Il mange et avale difficilement. Salivation abondante.

A son entrée, il présente une tumeur volumineuse siégeant en arrière sur le bord droit de la langue; elle se prolonge sur le pilier antérieur et sur l'amygdale droite sous forme d'une ulcération à base indurée et à surface saignotante. La base de la langue est infiltrée ainsi que le plancher de la bouche. Avec le doigt on s'aperçoit que le néoplasme adhère au maxillaire. On sent dans la région sous-maxillaire des ganglions durs.

Le malade a un léger trismus et continue à souffrir de plus en plus.

Opération le 30 octobre, — Incision de l'hémirésection du maxillaire inférieur. Dissection des ganglions sous-maxillaires. Ligature de la jugulaire externe, du tronc veineux thyro-linguo-facial, ligature de l'artère linguale. Hémi-résection totale du maxillaire inférieur du côté droit sauf l'apophyse coronoïde et le condyle. Section du plancher de la bouche au-dessus du mylo-hyoïdien. Ablation de la langue en totalité, du voile du palais et de l'amygdale droite. Ligature de la linguale du côté opposé. La tumeur, le maxillaire, les ganglions ne forment qu'un bloc.

Sonde œsophagienne.

Le malade a présenté, vers le troisième jour après l'intervention, des hémorragies secondaires. Il est mort le 6 novembre avec des signes de broncho-pneumonie.

Obs. XIX. — G... (Florentin), soixante-deux ans, douanier. Entré le 19 mars 1905.

Le début remonte à deux mois et demi. A cette époque, le malade se trouvant gêné pour avaler, alla consulter un médecin qui râcla et cautérisa l'ulcération. Il n'en reçut aucun soulagement. A son entrée à l'hôpital, on constate un néoplasme siégeant sur le bord flottant du voile et sur le pilier antérieur droit. La luette a complètement disparu.

Cette vaste ulcération saigne facilement et cause de vives douleurs pour avaler. Dans la région sous-maxillaire, on constate trois ganglions durs, néoplasiques.

Opération le 27 *mars.* — Incision le long du bord antérieur sterno-cléido-mastoïdien et incision, perpendiculaire à la première, de 1 centimètre, au-dessous du bord inférieur du maxillaire. Dissection de la chaîne ganglionnaire carotidienne. Dissection des ganglions sous-maxillaires, ligature de la jugulaire externe et des vaisseaux. Résection du maxillaire par deux traits de scie, l'un passant en avant de l'insertion du masséter, l'autre à 2 centimètres au-dessus de l'angle. Section de la paroi latérale du pharynx et ablation de tout le voile du palais depuis le pilier gauche, qu'on laisse intact.

Sonde œsophagienne; suites simples. Le malade sort, guéri, le 14 avril.

Au mois de juillet 1905, le malade revient avec une récidive ganglionnaire. Elle forme une masse qui adhère en haut à la base du crâne et file vers la nuque. On renvoie le malade avec un traitement arsenical.

Ces dix-neuf observations de pharyngectomies, apportées par notre confrère le Dr Vallas, ont donné 12 guérisons et 7 morts (5 broncho-pneumonies, 1 syncope le lendemain de l'opération, 1 cause non indiquée).

La mortalité immédiate est considérable dans cette série d'opérations, mais cela tient à ce que M. Vallas, dans les 19 pharyngectomies qu'il nous a communiquées, a eu affaire à des lésions étendues, nécessitant le sacrifice d'une partie du maxillaire inférieur. Nous trouvons, en effet, dans la thèse de son élève Latarjet (1), une série de pharyngectomies faites pour des lésions moins étendues, ne nécessitant pas de sacrifices osseux, et donnant une mortalité beaucoup moins considérable.

Observations de pharyngectomies sans résection du maxillaire (2).

1° *Voie sous-angulo-maxillaire.*

Obs. I. — Femme, cinquante-huit ans. — 19 mars 1902, ablation des ganglions, de l'amygdale droite et de la partie droite du voile avec le pilier antérieur. G.

Obs. II. — Homme, quarante-cinq ans. — 5 juin 1902, ablation d'une masse ganglionnaire du volume du poing, ligature latérale de la jugulaire, section du spinal, ablation de l'amygdale. G.

(1) Latarjet. Étude sur les pharyngectomies. *Thèse de Lyon*, 1905-1906.

(2) Nous ne donnons pas le détail de ces opérations, qu'on trouvera dans la thèse de Latarjet, *loc. cit.*

Obs. III. — Femme, trente et un ans. — 25 octobre 1904, ablation d'un sarcome fusiforme refoulant l'amygdale et résection partielle du pharynx. G. Revue bien portante le 16 février 1906.

Obs. IV. — Homme, soixante-douze ans. — 27 mars 1905, ablation d'un lymphosarcome de l'amygdale droite étendu jusqu'à l'orifice laryngé, trachéotomie d'urgence au début de l'opération. Mort de broncho-pneumonie.

Obs. V. — Homme, soixante-sept ans. — 14 juin 1905, ablation d'un lymphosarcome de l'amygdale avec résection de la paroi latérale du pharynx. G.

Obs. VI. — Femme, soixante-huit ans. — 26 juin 1905, ablation d'une masse ganglionnaire carotidienne et sous-maxillaire, en même temps que d'un lymphosarcome amygdalien. G. Revue bien portante en janvier 1906.

Obs. VII. — Homme, cinquante-sept ans. — 20 septembre 1905, évidement de la région sous-maxillaire des deux tiers de la langue, du plancher, du pilier droit et de l'amygdale. G.

2° *Voie transhyoïdienne avec ostéotomie de l'hyoïde.*

Obs. VIII. — Homme, cinquante ans. — 17 novembre 1895, trachéotomie préventive avec la canule de Trendelenburg, ostéotomie médiane de l'os hyoïde, incision de la membrane thyro-hyoïdienne, ablation d'un cancer de l'épiglotte. G.

3° *Voie transhyoïdienne avec hémi-résection de l'hyoïde.*

Obs. IX. — Homme, cinquante ans. — 25 janvier 1906, ostéotomie de l'hyoïde, ablation de la tumeur. Récidive immédiate. — 22 février 1906, hémirésection de l'hyoïde, ablation de la récidive. G.

Obs. X. — Homme, cinquante-neuf ans. — 8 juin 1906, laryngo-pharyngectomie avec fixation de la trachée à la peau, et après hémi-résection de l'os hyoïde. G.

Ces 10 observations, sans résection du maxillaire, ont donné 9 guérisons et 1 mort. Réunissant ces 10 pharyngectomies aux 19, avec résection du maxillaire, nous arrivons à un total de 29 pharyngectomies, pratiquées par le même chirurgien, avec 21 guérisons et 8 morts, soit une mortalité immédiate de 27 p. 100, inférieure, par conséquent, à celle de la statistique globale de Lindenborn, qui porte sur 110 cas provenant de chirurgiens différents et accuse une mortalité de 39 p. 100.

Au point de vue des *résultats éloignés*, et pour nous en tenir à

la série des pharyngectomies étendues avec résection du maxillaire que nous a communiquées M. Vallas, nous trouvons que sur les 12 opérés qui guérirent, 3 présentèrent des récidives rapides dans les six mois qui suivirent l'intervention, 1 fut revu deux ans après avec une récidive ganglionnaire à laquelle il succomba; 1 mourut dix-huit mois après de pneumonie franche, sans présenter de récidive; 3 furent retrouvés six mois, un an, quatre ans après en bonne santé; pour 4, les renseignements ultérieurs font défaut.

Nous pouvons donc conclure que, même dans des cas de lésions étendues, la pharyngectomie peut donner des guérisons définitives. A ces guérisons, nous pouvons en ajouter deux autres de malades opérés par notre collègue Morestin, l'un en avril 1902, l'autre en août 1905, et qui tous deux sont actuellement vivants sans récidive, après quatre ans et huit mois, un an et quatre mois (1).

Comme le pronostic de l'affection, abandonnée à elle-même, est rapidement fatal, que l'ablation est le seul traitement que nous puissions opposer aux cancers du pharynx, nous croyons, en présence des faits que nous venons de relater, pouvoir conclure *qu'il y a lieu de recourir à l'intervention*, malgré les risques auxquels elle expose.

Arrivons maintenant à la deuxième question, celle qui concerne le choix de l'opération à pratiquer.

L'*ablation par les voies naturelles*, malgré les quelques succès qu'elle a donnés autrefois, ne nous semble pas devoir être conseillée; elle expose, même dans les tumeurs de l'amygdale, à faire une opération incomplète et à risquer des hémorragies graves. L'opération a lieu au fond de l'entonnoir buccal, le bistouri ou les ciseaux agissent un peu à l'aveugle.

L'*incision oro-jugale de Jæger* (section horizontale de la joue de la commissure labiale au bord du masséter) et l'*incision coudée jugale inférieure de Maunoury-Verneuil* (incision descendant de la commissure au bord du maxillaire pour se recourber le long de celui-ci) donnent certainement plus de jour, mais ont l'inconvénient de ne pas permettre une ablation complète des ganglions; ces procédés ne peuvent donc s'appliquer qu'à un très petit nombre de cas.

Nous n'y insisterons pas et ne parlerons que des procédés qui permettent d'agir à la fois sur la tumeur et sur les ganglions; ces procédés diffèrent suivant que la lésion occupe le pharynx inférieur ou l'oro-pharynx.

(1) Morestin. Communication orale.

Pour les **tumeurs du pharynx inférieur**, on peut avoir recours à des incisions diverses, les unes plus ou moins transversales, les autres verticales.

La *pharyngotomie sous-hyoïdienne*, souvent appelée à tort laryngotomie sous-hyoïdienne, préconisée par Malgaigne et Vidal (de Cassis), pratiquée par Langenbeck, a été, à une époque plus rapprochée de nous, conseillée par un élève de Monod, Lacour, dans sa thèse (1).

La *voie sus-hyoïdienne* de Jeremisch a été tout récemment encore préconisée par Von Hacker (2).

Par une incision médiane avec *ostéotomie de l'hyoïde*, Vallas a pu enlever un cancer de l'épiglotte; cette ostéotomie étant quelquefois insuffisante, on l'a combinée à l'*hémirésection de l'hyoïde* (Vallas, Paul Delbet).

D'une manière générale, les néoplasmes pharyngiens étant latéraux, les grandes incisions transversales du cou sacrifient inutilement des parties saines et compromettent, comme le fait remarquer Krönlein, les connexions du larynx avec la base de la langue, c'est-à-dire sa fermeture dans la déglutition, facilitant ainsi le développement des pneumonies de déglutition qui constituent un des grands dangers de l'opération.

L'important est de se donner du jour; d'une manière générale, une incision latérale transversale, légèrement courbe, passant, suivant les cas, au-dessus ou au-dessous de l'os hyoïde, ce que Krönlein appelle une *pharyngotomie latérale sus ou sous-hyoïdienne*, nous semble suffisante pour aborder les néoplasmes du pharynx inférieur.

Pour les **tumeurs de l'oro-pharynx**, la question est plus délicate; la large incision transversale sus-hyoïdienne de Jeremisch, qui traverse comme une jugulaire la région sus-hyoïdienne, peut encore être employée; toutefois, les tumeurs étant le plus souvent latérales, il est généralement indiqué de recourir à une incision latérale. Si les lésions sont peu étendues, une simple *incision sous angulo-maxillaire* peut, ainsi que l'a indiqué Jaboulay, permettre d'enlever en même temps que la tumeur les ganglions, qui occupent le plus souvent l'angle du maxillaire inférieur ou la région carotidienne.

Dès que la maladie a pris une extension plus considérable, cette incision est insuffisante; le maxillaire, en particulier sa branche montante, recouvre la partie malade et gêne l'opérateur. Aussi voyons-nous les chirurgiens s'attaquer à cet os. Roux,

(1) Lacour, Pharyngotomie sous-hyoïdienne. *Thèse de Paris*, 1896-1897.

(2) Von Hacker. *Central-Blatt für Chirurgie*, 10 novembre 1906, p. 1185.

Sédillot, font une *section médiane du maxillaire*; Langenbeck, une *section latérale*, etc. ; ces procédés, applicables aux cancers buccaux envahissant la partie antérieure du pharynx, sont certainement inférieurs pour les cancers du pharynx proprement dits à la *luxation de la branche montante* que pratique Krönlein. Par une grande incision courbe allant de la commissure labiale à l'apophyse mastoïde, en descendant jusqu'à l'os hyoïde, ce chirurgien scie le maxillaire, luxe en haut la branche montante avec toutes les parties molles qui la recouvrent, et découvre ainsi largement la paroi latérale du pharynx. Ce procédé, qui donne un vaste accès sur les parties malades, a l'inconvénient de nécessiter une suture osseuse dans une plaie infectée et de laisser une paralysie faciale qui gêne le malade pour expulser les mucosités buccales, facilitant ainsi le développement des pneumonies de déglutition.

Ces sections, combinées à des déplacements osseux temporaires, préconisées en général par l'école allemande, sont de moins en moins en faveur en France. Labbé, Polaillon, Mikulicz ont conseillé la résection définitive d'une partie du maxillaire (1). Plus récemment, J.-L. Faure l'a adoptée (2); c'est elle aussi qu'a pratiquée Vallas dans ses dix-neuf opérations.

Avec la résection définitive, la guérison est plus rapide, le tégument du cou s'appliquant contre la cavité pharyngée, sans qu'il persiste de suppuration fistulisée, comme dans les cas de sciage et de luxation temporaire. Il n'y a pas de suture osseuse, partant, pas de ces fistules qui persistent quelquefois plusieurs mois et gênent l'alimentation. Enfin, l'ablation est plus complète, car l'opération supprime les portions osseuses contiguës au néoplasme et quelquefois envahies par lui.

Le principe de la *résection définitive* d'une partie du maxillaire étant admis, comment faut-il pratiquer l'opération?

A la position tête pendante en arrière du lit, position dite de Rose, Vallas, avec Krönlein, Czerny, Morestin, J.-L. Faure, etc., préfère la position demi-assise, qui diminue l'afflux sanguin au niveau de la plaie, qui ne change pas les rapports anatomiques et qui, ne tendant pas les muscles du cou, permet de les récliner plus facilement.

Comme Krönlein, il préconise l'anesthésie discontinue, anesthésiant complètement le malade pendant toute la première partie de l'opération (incision des plans superficiels, dissection

(1) Labbé fait une hémirésection du maxillaire. Polaillon résèque l'angle, Mikulicz conserve l'angle avec les insertions du masséter et du ptérygoïdien interne, et résèque la branche montante.

(2) J.-L. Faure. *Leçons de clinique et de technique chirurgicales.* Paris 1905, p. 64.

de la masse ganglionnaire), ne faisant plus inhaler l'anesthésique que d'une manière intermittente à partir du moment où il va ouvrir le pharynx, de manière à diminuer le choc et à permettre au malade d'expulser les crachats sanglants au lieu de les laisser tomber dans la trachée.

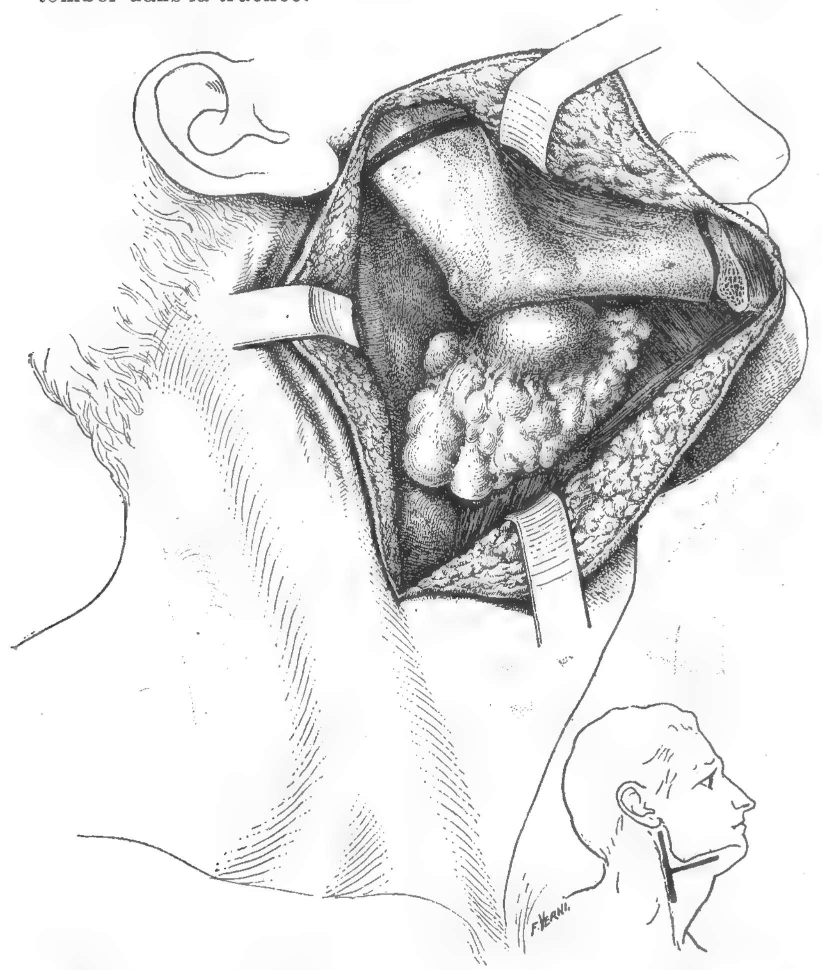


Fig. 1. — Tracé de l'incision des parties molles. Dissection des lambeaux. Tracé des sections du maxillaire.

L'attaque de la tumeur, en marchant de l'extérieur vers elle, permet la ligature successive des vaisseaux, qu'il est dès lors inutile de lier préventivement. On fera ainsi les ligatures nécessaires et rien que les ligatures nécessaires. Le plus souvent, les gros troncs artériels seront ménagés. Comme gros tronc vascu-

laire intéressé, la jugulaire interne sera le seul, qu'on ne peut pas toujours éviter parce que quelquefois cette veine est fusionnée avec la masse ganglionnaire.

De même qu'il rejette les ligatures préventives, Vallas rejette



Fig. 2. — La résection osseuse est faite. Vue de l'oro-pharynx.

aussi la trachéotomie préliminaire, d'accord en cela avec Krönlein, Orlow et J.-L. Faure. Elle n'est indiquée que dans les grosses tumeurs menaçant d'asphyxier le malade dès le début de l'anesthésie.

Les incisions ne peuvent être identiques dans tous les cas; elles doivent permettre l'ablation des ganglions et la résection

partielle du maxillaire. D'une manière générale, Vallas fait deux incisions : l'une verticale, le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, allant de l'apophyse mastoïde à la corne supérieure du thyroïde; l'autre, horizontale, perpendiculaire à la précédente, branchée sur celle-ci à 1 centimètre au-dessous du bord inférieur de la mâchoire et longue de 7 à 8 centimètres. On dessine ainsi deux triangles inégaux, l'un supérieur, plus grand, qui comprend toute la région maxillaire et carotidienne supérieure, l'autre, inférieur, plus petit, qui siège au niveau de la région sus-hyoïdienne latérale et contient la région sous-maxillaire, les vaisseaux artériels et veineux thyro-linguo-faciaux.

Les deux lambeaux cutanés étant délimités, le premier est relevé, le deuxième abaissé après incision du tissu cellulaire sous-cutané. On place deux ligatures sur la jugulaire externe.

Les ganglions carotidiens sont alors disséqués de haut en bas le long de la jugulaire interne qu'il faut quelquefois réséquer; puis on pratique l'évidement de toute la loge sous-maxillaire, glande et ganglions; ces derniers siègent surtout à l'angle de la mâchoire, d'où on les dégage, en les laissant adhérents au pharynx.

Pendant cette dissection de la masse ganglionnaire, on procède systématiquement à la ligature des vaisseaux qu'on rencontre (veines faciales et linguales, artère faciale, artère pharyngienne inférieure, quelquefois artère linguale).

Avec la rugine, on dénude les deux faces du maxillaire, coupant l'os à 2 centimètres et demi en avant du masséter, à 1 centimètre et demi au-dessous du condyle et de l'apophyse coronoïde qu'on laisse en place. Vallas a abandonné l'hémirésection totale à la suite d'une mort par hémorragie résultant du saignement en nappe du plexus veineux maxillaire interne qui entoure le col du condyle.

Le maxillaire sectionné est basculé en bas; toute la paroi pharyngée est alors découverte et, à l'aide de ciseaux, on pratique en dernier lieu l'ablation de la tumeur, qui reste adhérente avec les parties qui la rattachent aux ganglions.

Après l'ablation de la tumeur, on réunit la muqueuse du pharynx à la muqueuse inférieure de la base de la langue ou de la joue, afin de reconstituer une cavité bucco-pharyngienne, isolée de la plaie résultant de la résection osseuse.

Drainage à la gaze iodoformée. Suture de la plaie.

Les soins consécutifs doivent être minutieux; le malade est placé demi-assis dans son lit; la bouche est fréquemment nettoyée; une sonde œsophagienne passée par la narine du côté sain permet l'alimentation.

Pour éviter les déformations et empêcher la déviation en dedans du maxillaire restant, on peut appliquer un appareil de prothèse constitué par une plaque appliquée sur le maxillaire inférieur et portant une ailette latérale externe et verticale, libre à sa partie supérieure où elle s'appuie à une ailette semblàble dirigée en sens inverse et prenant son point d'appui sur le maxillaire supérieur (1).

Tel est le prodédé opératoire suivi par Vallas dans les dix-neuf pharyngectomies qu'il nous a communiquées. Ce procédé nous semble présenter plusieurs avantages :

Le chirurgien aborde la tumeur par la limite extrême de ses prolongements ganglionnaires ; il la contourne à sa périphérie, la séparant, dès le début, de ses connexions avec les gros troncs vasculaires du cou. Il enlève, en bloc, la tumeur, les ganglions et les territoires lymphatiques intermédiaires.

Les incisions étant exclusivement cervicales, il respecte la face et le contour orbiculaire, ce qui présente de grands avantages au point de vue du fonctionnement de la bouche et des lèvres dans les jours qui suivent l'opération et ce qui assure, pour l'avenir, une réparation plus esthétique de ces grands délabrements.

En présence de ces avantages, nous avons jugé bon de vous exposer en détail le procédé suivi par M. Vallas, d'autant qu'il s'agit, comme nous l'avons dit au début de notre rapport, d'une opération peu en faveur parmi nous et sur laquelle il y avait peut-être intérêt à appeler l'attention.

En terminant, je vous propose :

1° D'adresser à M. Vallas des remerciements pour le très important travail qu'il a bien voulu nous présenter ;

2° De nous souvenir de son nom lors de la prochaine élection de membre correspondant.

(1) Dans les grandes résections du pharynx, Vallas ne met presque jamais d'appareil prothétiqae.

Communication.

Goitre lingual (1),

par M. PAUL BERGER.

L'intéressante communication que vous a faite M. Paul Reynier dans la séance du 7 novembre dernier a ramené l'attention sur la question des goitres et des glandes thyroïdes accessoires; notre collègue a signalé les discussions qui se sont produites sur l'origine de certaines tumeurs du cou, les doutes qui ont été émis sur leur provenance thyroïdienne, et fourni, en faveur de celle-ci, des preuves tirées de l'embryologie et de l'anatomie pathologique. Je crois l'occasion favorable pour communiquer à la Société l'observation d'une des variétés les plus importantes de thyroïdes accessoires et d'insister sur quelques-uns de ses caractères. Ceux-ci démontrent que, dans les cas de ce genre, ce n'est pas seulement à une déviation dans le développement de certaines portions de tissus embryonnaires ni à un noyau aberrant de la thyroïde, mais à une véritable ectopie de l'organe que l'on peut avoir affaire.

Obs. — Mme X..., âgée de trente-deux ans, jouissant jusqu'alors d'une parfaite santé, présente une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne, qui fait bomber toute la région sous-maxillaire. Cette tuméfaction a augmenté depuis quelques années (cinq ou six ans). La malade a toujours eu la voix rauque, au dire de ses parents et de ses amies d'enfance : cette raucité, qui frappe au premier abord, semble s'être très notablement accrue; depuis quelque temps, il s'y joint quelques troubles de la déglution des liquides; enfin, quoique la respiration ne soit pas gênée, il existe une sorte de cornage qu'on entend constamment, même quand la respiration est tranquille.

Ce n'est qu'au mois de mars 1905 que Mme X..., est allée consulter le Dr Chatelier, qui a constaté l'existence d'une tumeur grosse comme un petit œuf de poule, interposée entre la base de la langue et l'épiglotte et pour laquelle il lui a conseillé de voir un chirurgien.

Elle m'est adressée par M. Jalaguier, qu'elle avait d'abord consulté; j'ai dit les troubles fonctionnels que l'on constate sans difficulté : quant à l'aspect, on voit les régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne constituer une sorte de globe, qui s'accentue surtout en arrière et en bas : Cette tuméfaction paraît plus large qu'étendue d'avant en arrière; elle donne, à la palpation, une sensation de résistance et d'élasticité, presque

(1) A l'occasion de la communication de M. le Dr P. Reynier sur les goitres aberrants (séance du 7 novembre 1906).

de fluctuation; cette tuméfaction refoule en bas l'os hyoïde, elle peut se déplacer transversalement; la saillie qu'elle fait diminue quand on attire la langue en avant.

Pour voir la tumeur, il faut faire ouvrir largement la bouche, attirer fortement en avant la pointe de la langue en faisant prononcer à la malade la lettre A. On voit alors s'élever, au-dessus de la base de la langue une saillie hémisphérique qui déborde celle-ci comme une coupole, recouverte par la muqueuse linguale et présentant une coloration blanchâtre plutôt que rosée.

Le doigt, introduit dans l'isthme du gosier, après cocaïnisation préalable, sent que la tumeur remplit toute la partie inférieure du pharynx : il glisse avec difficulté entre elle et les parois latérales de ce conduit, plus difficilement encore en arrière d'elle. Un sillon la sépare de la base de la langue; elle est située bien en arrière des piliers du voile du palais : on ne peut sentir ses limites inférieures ni arriver avec le doigt jusqu'à l'épiglotte. La consistance paraît fluctuante, inégale néanmoins en certains points; la fluctuation que j'ai pu sentir n'a jamais paru bien nette. Entre le doigt placé dans le pharynx et ceux qui la soutiennent à la région sus-hyoïdienne, on peut circonscrire la tumeur; il semble qu'on renvoie de la fluctuation des uns aux autres, mais ce peut bien n'être qu'une sensation de translation de la tumeur. On constate que celle-ci coiffe l'os hyoïde et s'étend même plus bas que celui-ci vers la membrane thyro-hyoïdienne, au travers de laquelle on peut encore la sentir.

M. Perier, à qui je demandai son avis, constata les mêmes caractères; comme M. Jalaguier et M. Chatelier, nous inclinâmes vers l'opinion d'un kyste de la base de la langue placé entre celle-ci et l'épiglotte; nous admettions que ce kyste était d'origine congénitale et peut-être un kyste dermoïde; nous fîmes quelques réserves sur l'existence possible d'une tumeur solide, particulièrement d'un lipome du plancher de la bouche.

L'opération, nécessitée par l'accroissement graduel de la tumeur et par l'imminence de troubles respiratoires graves, fut résolue et pratiquée le 6 avril 1905, rue Bizet, avec l'assistance de M. Rochard.

Opération le 6 *avril* 1905. — Les précautions prises pour pratiquer une opération aseptique ont été illusoires, à cause de la nécessité de relever constamment la mâchoire inférieure en tirant fortement sur ses angles pour faciliter la respiration et à cause de l'ouverture inévitable et large du pharynx au travers de laquelle s'écoulèrent, pendant une bonne partie de l'opération, les mucosités laryngées et trachéales qu'il fallait sans cesse absterger.

L'anesthésie, pratiquée au chloroforme par M. le Dr Bourbon, fut rendue des plus pénibles et même dangereuse par la présence de la tumeur : pour rendre la respiration possible, il fallait constamment relever aussi fortement que possible les angles maxillaires. A partir du moment où le pharynx fut ouvert la respiration se fit mieux, mais elle fut toujours gênée par les sécrétions trachéales et le sang qui pénétrait sous le pharynx; l'opérée fut cyanosée pendant la plus grande partie de

l'opération et elle resta asphyxique quelque temps encore après sa fin. Voici comment l'opération fut conduite :

Incision de 8 centimètres de long sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne, dépassant en bas de 3 centimètres le niveau de l'os hyoïde.

Séparation sur la ligne médiane des mylohyoïdiens, des génio-hyoïdiens, des génioglosses : section avec un petit costotome du corps de l'os hyoïde, dont l'isolement a été assez difficile.

L'écartement de deux moitiés de l'os hyoïde permet de rétracter les parties molles, et en les divisant couche par couche en séparant les muscles et en restant toujours sur la ligne médiane, on finit par voir une surface d'un gris jaunâtre qui est celle de la tumeur. Après avoir constaté que celle-ci adhère assez fortement aux plans voisins, on pratique une petite incision sur sa face inférieure ; celle-ci donne accès dans un tissu solide, comme aréolaire, d'apparence colloïde, d'où s'écoule un peu de liquide muqueux, transparent et jaunâtre. La curette ramène un peu de tissu gélatineux, semblable à celui d'un goitre colloïde.

Le volume de la tumeur ne paraissant pas diminuer par cette évacuation, nous procédons à son isolement et à la séparation des plans voisins : celle-ci se fait assez facilement, par simple dissociation avec le doigt des adhérences, sur la partie latérale droite ; mais en avant et en arrière les adhérences sont plus intimes ; en avant les muscles de la langue sont confondus avec la surface de la tumeur et on ne peut les en séparer qu'en sectionnant ces adhérences au ras de la tumeur avec des ciseaux ; un certain nombre de vaisseaux artériels et veineux doivent être saisis avec des pinces ; mais en cherchant à poursuivre en arrière la tumeur, on pénètre dans le pharynx immédiatement au-dessus de l'épiglotte, en traversant la muqueuse, très amincie, qui adhère intimement à l'enveloppe même de la tumeur. Attirant alors la tumeur au dehors de l'incision, on profite de cette ouverture pour en achever l'isolement et l'énucléation, et, en dernier lieu, on parvient à l'isoler de la muqueuse de la base de la langue, qui s'applique sur elle et lui est intimement adhérente.

Après avoir mis des ligatures sur les vaisseaux divisés ou saisis avec des pinces, on réunit complètement par une suture en surjet faite avec du catgut très fin l'ouverture de la muqueuse et l'on ferme ainsi la brèche sus-épiglottique du pharynx. Un drain est placé jusque dans la partie la plus élevée et la plus profonde de la cavité laissée ouverte par l'extirpation de la tumeur ; on réunit par quelques points de suture le plan des muscles sus-hyoïdiens, mais on laisse séparées les deux moitiés du corps de l'os hyoïde ; le drain est fixé à la peau dans l'angle inférieur de la plaie. On ne réunit celle-ci que dans ses trois quarts supérieurs pour laisser une large voie d'issue aux liquides.

Pansement plat avec des compresses stérilisées, qui est changé tous les jours.

Injection immédiate, répétée tous les jours suivants, de 500 grammes de sérum artificiel.

L'opération a duré plus d'une heure.

Suites opératoires. — Beaucoup de dysphagie et de douleur les deux premiers jours; dès le 3e, amélioration sensible; peu de réaction (38 degrés un seul jour), le 4e jour la déglutition des liquides se fait facilement.

Le pansement est renouvelé tous les jours.

Le 4e jour, la suppuration commence à devenir assez abondante.

Le 5e jour, les liquides ingérés passent manifestement, mais en petite quantité, par la plaie.

Le 8e jour au soir, il y a une petite hémorragie sans importance, à la fois par la bouche et par la plaie; les sutures avaient été enlevées la veille.

A partir du 15 avril, la déglutition des liquides et des aliments demi-liquides (œufs surtout) devient moins douloureuse et plus aisée.

Malgré la suppuration très abondante qui persiste encore, et l'odeur assez fétide de l'écoulement, la température reste entre 36 et 37 degrés, l'état général est excellent; l'opérée se lève tous les jours quelques heures.

La communication avec le pharynx est fermée le 20 avril. La suppuration du trajet persiste encore, mais elle est peu abondante. On fait des pansements quotidiens : les deux parties de l'os hyoïde sont encore mobiles l'une sur l'autre avec un craquement qui est aisément perçu dans les mouvements qu'on leur imprime.

Le 1er mai, la suppuration persiste encore : un bourgeon charnu assez volumineux sort de l'orifice qui s'est notablement rétracté; ce bourgeon est touché au nitrate d'argent et à la teinture d'iode.

L'examen pratiqué par M. le Dr Chatelier, le 6 mai, montre en avant et au-dessus de l'épiglotte, en arrière de la base de la langue un bourrelet allongé d'avant en arrière et un peu obliquement à gauche, qui occupe la place de la saillie que formait la tumeur et qui résulte de la rétraction de ses enveloppes, et particulièrement de la muqueuse linguale et pharyngée, distendues par elle et revenues sur elles-mêmes, après son extirpation.

Un peu plus à gauche et plus près de l'épiglotte se voit la cicatrice résultant de l'opération, cicatrice au niveau de laquelle un point paraît donner encore un peu de suppuration. L'épiglotte a sa coloration normale et ne présente aucune déformation.

A partir du 15 mai, l'état général qui, jusqu'alors, avait été parfait, semble fléchir; Mme X... qui avait présenté un ressort et un courage peu ordinaires, devient triste, découragée, inquiète en même temps qu'apathique. Elle ne s'intéresse plus à rien : son teint pâlit, devient grisâtre et elle présente les caractères d'une anémie profonde.

Pour la faire sortir de cet état, on conseille de la faire partir pour les bains de mer. Elle se rend à Wimereux, où son état s'empire manifestement. Voici quel il est à son retour à Compiègne, où elle s'installe à partir du 8 août 1905.

Le teint est d'un jaune grisâtre, mat, décoloré, mais les pommettes se couvrent de rougeur quand la malade s'anime. La face est immobile etdonne l'aspect d'un masque comme dans la maladie de Parkinson.

Les conjonctives sont décolorées. Il y a un certain gonflement, san œdème véritable, des paupières supérieures, du menton et des contours de la mâchoire inférieure.

Les pupilles sont égales, mais elles réagissent peu à l'éclairage. La température est basse; elle varie entre 35,9 et 36, 2 ou 3 dixièmes. Le pouls, un peu petit, bat 80. Il n'y a rien au cœur : pas de souffle dans les vaisseaux du cou.

La malade se plaint constamment d'une sensation d'épuisement et de fatigue; elle ne peut faire le moindre effort; elle paraît manquer de toute spontanéité, qu'il s'agisse même de parler, d'écrire, de travailler à un ouvrage. Elle ne peut écrire que quelques instants, puis ses doigts se roidissent; on ne constate aucune espèce de contractures, mais elle se sent les mains gourdes. En effet, les mains et les doigts semblent épaissis et l'épiderme se forme en squammes qui s'exfolient par plaques.

La malade trouve que sa taille s'est épaissie; il n'y a pourtant pas d'épaississement manifeste de la peau aux endroits mêmes où celle-ci fait des plis, si ce n'est à la face interne des deux bras. Les seins sont bien conservés. Il n'y a pas de chute des poils aux aisselles ni ailleurs. Mme R... se plaint d'une sensation constante de froid; elle se couvre de plus en plus de vêtements. Elle marche à peine et, quand elle a fait cent ou cent cinquante pas, elle s'arrête essoufflée.

La voix est assez bonne, quoique son timbre soit encore altéré par l'opération et présente encore quelques restes de la raucité dont la tumeur elle-même était la cause; mais la parole est lente et embarrassée. La malade est prise d'angoisses sans cause, survenant parfois au milieu de la nuit; elle a des tendances à la lipothymie. Néanmoins le pouls est bon, il bat environ 80, et il n'existe aucun trouble cardiaque. L'examen du cœur n'y révèle rien de pathologique.

La cicatrice est ferme et solide, un peu enfoncée; les deux moitiés du corps de l'os hyoïde paraissent s'être réunies.

A la palpation du cou on ne trouve aucune trace des lobes ni de l'isthme du corps thyroïde; la trachée, partout directement accessible, s'enfonce profondément au-dessous des muscles sous-hyoïdiens, dont elle ne semble être séparée par aucun tissu ni par aucun organe.

L'examen du sang, fait chez Carrion, donna 4.270.000 globules sanguins par millimètre cube, présentant une valeur globulaire de 0,54 seulement. La formule leucocytaire n'était pas notablement modifiée.

La constatation de cet état fut faite par M. Brissaud et par moi le 8 août 1905. Nous dûmes nous rendre à l'évidence et reconnaître tous les signes d'une cachexie strumiprive assez prononcée. L'examen de la tumeur, pratiqué par M. le Dr Herrenschmidt et dont nous allons donner le résumé, confirmait d'ailleurs ce qu'avaient pu faire pressentir l'aspect et la consistance du tissu pathologique pendant l'opération, et nous permettait d'affirmer qu'il s'agissait d'une tumeur thyroïdienne aberrante dont l'origine congénitale avait probablement coïncidé avec un arrêt de développement des parties normales de la glande thyroïde.

Le traitement prescrit consista dans une capsule de thyroïdine de Carrion administrée chaque jour en y joignant du valérianate d'amyle pour combattre les accès d'angoisse nocturne.

La suite de l'observation sera courte.

Revue le 22 août 1905, Mme X... avait subi un amaigrissement notable sous l'influence du traitement : la face était plus colorée, plus animée, et le gonflement qui existait autour de la mâchoire avait disparu. La malade elle-même était plus vive, plus mobile; elle marchait un peu plus longtemps, elle était plus disposée à entreprendre, elle pouvait écrire quelque temps sans difficulté. Sa parole était plus facile et mieux timbrée. Le pouls était à cent pulsations par minute, en moyenne. Il existait encore quelques crises d'angoisse nocturne. On continua la médication en la réduisant à une capsule tous les deux jours.

Mais, vers le mois de septembre, dans un voyage à Paris, la malade prit froid; elle rentra chez elle avec un point de pleurésie droite et de la congestion pulmonaire. On dut pour une dizaine de jours interrompre le traitement thyroïdien.

Cette interruption fut marquée par un retour en arrière qui fit place à une nouvelle amélioration lors de la reprise de la médication thyroïdienne. Malheureusement, les signes d'une tuberculisation pulmonaire à marche très rapide furent constatés au mois d'octobre, et la malade dut être envoyée à Hyères, au Mont-des-Oiseaux. Là, le traitement thyroïdien fut repris et conduit avec beaucoup de prudence par M. le Dr Gontier de la Roche. Un peu améliorée par le séjour dans le Midi, Mme X... revint à Paris au mois d'avril, mais son état ne cessa d'empirer; les lésions pulmonaires suivirent une marche rapide et déterminèrent la mort, qui survint au mois d'octobre 1906.

Voici le résultat de l'examen histologique de la tumeur, qui nous a été remis par M. le Dr Herrenschmidt, chef de laboratoire de la Faculté, et qui a été également vérifié par M. le professeur Cornil.

Examen d'une pièce apportée au laboratoire de clinique chirurgicale de Necker le 6 *avril* 1905. — Tumeur kystique, extirpée de la racine de la langue. Le kyste a le volume d'un œuf de pigeon. A l'incision, il s'en écoule un liquide épais, colloïde, verdâtre, non transparent. Dans la paroi de ce kyste sont incrustés de petits grains de substance calcaire, et dans son voisinage se trouve un kyste du volume d'une noisette, rempli de substance calcaire, tandis qu'au niveau de l'extrémité opposée du diamètre du kyste principal, on rencontre deux autres petits nodules, verdâtres sur la coupe, et du volume chacun d'un pois.

Fixations, partie dans l'alcool (puis décalcification), partie dans le Teuker. Inclusion dans la paraffine de cinq fragments prélevés en des points différents.

L'image histologique est dans tous, à peu de chose près la même, et se prête à une description unique.

Le grand kyste seul, qui affleurait à 2 millimètres l'épithélium pavimenteux superficiel de la langue, était réellement kystique, c'est-à-dire laissait échapper après ouverture son contenu. Les deux petits kystes verdâtres et la paroi du grand kyste sont formés d'un tissu alvéolaire contenant, au milieu de ses cellules plus ou moins exactement disposées en cercles, de la matière colloïde.

Les zones excentriques de la paroi du grand kyste forment une paroi épaisse dans laquelle on distingue un feutrage serré de fibres conjonctives, mêlées avec d'assez nombreuses fibres musculaires lisses, et plus excentriquement des faisceaux musculaires striés. Ce feutrage est riche en vaisseaux et disloqué en certains points par d'assez abondantes hémorragies. On y trouve, en outre, quelques petites zones d'infiltration lymphocytaire, un groupe assez important de culs-de-sac de glandes salivaires, et quelques centres de calcification directe du tissu conjonctif. Dans les zones concentriques de la même paroi sont logés des acini glandulaires plus ou moins dilatés et aplatis, qui ont exactement la même structure que nous allons retrouver sur les coupes des petits nodules.

L'examen avec un faible grossissement montre des zones limitées d'acini dilatés, adossés les uns aux autres, tapissés d'une couche de cellules cubiques à noyau bien coloré, et remplis d'une substance homogène sécrétée par les cellules de revêtement. C'est l'image habituelle du tissu thyroïdien normal ou d'un goitre colloïde au début. La plus grande étendue des préparations est pourtant différente en ce que les acini sont petits, très serrés les uns contre les autres, et ne contiennent, pour l'infinie majorité, pas trace de sécrétion quelconque. On voit alors de grands alvéoles limités par le réticulum fibro-vasculaire de soutien, qui sont bourrés de petits acini sans lumière centrale, dont 5 à 10 cellules, suivant la coupe, suffisent à tapisser le tour.

Cette image répond à ce qu'on est convenu d'appeler « adénome thyroïdien », c'est-à-dire surproduction d'acini glandulaires typiques, mais sans ou presque sans sécrétion colloïde.

Enfin l'examen attentif des coupes permet de reconnaître un troisième aspect sous lequel apparaît le tissu glandulaire, en deux ou trois points seulement et assez restreints. Les acini n'ont plus tous une forme sphérique; ils végètent et apparaissent sous l'aspect de boyaux pleins, sans lumière, sans sécrétion, mais toujours avec une seule assise de cellules de revêtement. On peut même voir quelques petits champs où la pullulation est désordonnée et l'architecture tubulée ou lobulée absolument disparue. Dans ces zones qui s'écartent de l'image typique fournie encore par les zones adénomateuses, on voit souvent le tissu interstitiel de soutien clair et transparent, en état de dégénérescence hyaline.

En résumé, la tumeur ci-dessus décrite est composée de tissu thyroïdien, en faible partie normal, pour la plus grosse part adénomateux, avec quelques points très limités où l'adénome prend l'apparence de

'adénome malin ou de l'épithélioma. Au demeurant, tumeur *bénigne*, non plus absolument histologiquement, mais parce qu'elle était dans l'ensemble parfaitement encapsulée.

L'observation présente est un type aussi complet que possible de la variété de goitre aberrant, que l'on désigne sous le nom de goitre lingual. Elle s'ajoute aux 19 faits contenus dans la thèse d'Armeilla (1), aux 23 cas (2) analysés dans le travail plus récent de MM. Curtis et Gaudier (3). Depuis ce dernier mémoire, nous n'avons trouvé qu'une observation nouvelle publiée par Teweles (4) la même année, dans le *Wiener klinische Wochenschrift* : tous ces cas présentent de grandes analogies, tant par les caractères anatomiques, siège, rapports, structure de la tumeur, que par la déformation que celle-ci détermine et les troubles auxquels elle donne lieu. Il est pourtant entre ces observations une distinction importante à faire et qui se base sur l'état général tout particulier qui, dans certains cas, paraît se rattacher à l'existence de ces tumeurs et qui, dans d'autres, résulte de leur extirpation.

Le siège constant du goitre lingual est la région du foramen cæcum; la tumeur se développe entre la base de la langue et la face antérieure de l'épiglotte. Elle n'est d'ordinaire visible que lorsqu'on attire fortement la langue en avant, et alors elle se présente comme un globe plus ou moins volumineux qui, placé à la base de cet organe, s'applique, par sa convexité, contre la voûte et le voile du palais. Il est rare que la tumeur proémine à la région sus-hyoïdienne. La saillie qu'elle faisait dans cette région était pourtant des plus manifestes chez notre malade, et même si prononcée, que la tumeur paraissait appartenir au plancher de la bouche et au cou, bien plus qu'à la cavité buccale : la déformation de la région sus-hyoïdienne frappait à première vue, et la tuméfaction y paraissait même plus large qu'étendue d'avant en arrière.

C'est au volume insolite de la tumeur qu'étaient dus les symptômes fonctionnels : la raucité de la voix, dont l'altération avait été constatée dès la première jeunesse de la malade, le cornage très appréciable qui se faisait entendre à distance et les quelques troubles de la déglutition des liquides. Il n'y avait d'ailleurs pas

(1) G. Armeilla. Le goitre lingual, étude clinique et traitement. *Thèse de Lyon*, 1900.

(2) Et non 25.

(3) Curtis et Gaudier. Un cas de goitre lingual. *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 12 avril 1902, 23e année, nº 15, p. 417.

(4) Teweles. Ein Tall von Struma der Zungenwurzel. *Wien. med. Wochenschrift*, 1902, nº 8.

de gêne de la respiration. Ces signes fonctionnels font défaut dans la plupart des observations que nous avons parcourues ; la raucité de la voix est assez souvent notée; dans une observation seulement, celle de Wolf, on trouve accusée la gêne de la déglutition. A part la toux quinteuse provoquée par la présence de la tumeur, on n'a pas observé de troubles graves du côté de la respiration, et le seul exemple que l'on en connaisse est le cas de cet enfant qui succomba, très peu de temps après sa naissance, à l'asphyxie produite par le volume de la tumeur (cas de Hickmann).

Un fait intéressant à relever au point de vue de l'étiologie non moins que du diagnostic, est la constatation de l'existence de la tumeur dès la première enfance; il est certain que, de tout temps, les petites amies de notre opérée avaient remarqué le timbre tout à fait anormal de sa voix. La plupart des goitres linguaux ont été observés chez des sujets de 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20 et 24 ans. Les troubles, au moment où l'on en avait constaté l'existence, remontaient souvent à plusieurs mois, ce qui peut faire admettre qu'ils avaient été précédés d'une plus ou moins longue période pendant laquelle la tumeur était restée latente : l'écrivain dont parle Lucke portait celle-ci depuis son enfance, et Hickmann a même rapporté l'histoire d'un nouveau-né chez lequel un goitre lingual avait déterminé la mort par asphyxie. L'apparition fréquente de ces tumeurs dans l'enfance et dans la jeunesse est une présomption en faveur de leur origine congénitale.

Plus importante encore par les vues qu'elle nous donne sur la nature de ces tumeurs est l'apparition du myxœdème qui, dans notre cas comme dans ceux de Seldowitsch, de Kraske, de Benjamins, a succédé à l'extirpation de la tumeur. Les phénomènes qu'a présentés notre opérée sont, à cet égard, tout à fait caractéristiques : l'apathie, l'hébétude, le manque de toute spontanéité dans les actes volontaires, la lenteur, l'hésitation de la parole, la sensation constante de lassitude et de froid se montrent chez elle de pair avec la décoloration de la peau, le teint grisâtre, l'épaississement du masque facial autour de la mâchoire inférieure, l'alourdissement des membres supérieurs et de la taille, en même temps que la diminution de la valeur globulaire rend compte de l'état d'anémie qui s'empare progressivement d'elle. Tous ces phénomènes cèdent et s'atténuent au moment où le traitement thyroïdien est mis à l'épreuve; ils augmentent pendant les interruptions forcées que subit cette médication. Si l'on ajoute à cet ensemble clinique l'absence complète de développement des lobes latéraux et de l'isthme de la thyroïde, dont la palpation ne peut déterminer en aucun point l'existence, sans même recourir à l'examen histologique de la tumeur, on est conduit à admettre

que celle-ci devait être constituée par une ectopie véritable de la thyroïde, représentée uniquement par le noyau lingual, dont l'extirpation a été suivie des effets qu'entraîne la thyroïdectomie totale chez un sujet normalement constitué. Cette absence de développement des lobes normaux de la thyroïde avait été également observée par Seldowich sur son opérée qui, comme la nôtre, avait présenté des phénomènes de myxœdème après l'extirpation du goitre lingual qu'elle portait.

Le tableau de ces accidents, suites de l'opération, est la meilleure réfutation que l'on puisse faire d'une assertion hasardée par M. Veau, dans sa remarquable thèse sur l'*épithélioma branchial du cou*. Après avoir insisté sur le défaut de caractères anatomiques certains, permettant de déterminer l'existence du tissu thyroïdien dans certaines tumeurs du cou et de les distinguer des tumeurs d'origine branchiale proprement dite : « Quand une tumeur s'éloigne tant soit peu du corps thyroïde, dit-il, ne faites jamais le diagnostic de goitre aberrant. » Ici le diagnostic, rétrospectif il est vrai, peut être fait avec une entière assurance : c'est bien non seulement d'un goitre aberrant, mais d'une véritable ectopie de la glande thyroïde qu'il s'agissait. Prouvée au moment de l'opération par la consistance et l'aspect du tissu pathologique, vérifiée par l'examen histologique pratiqué par M. le Dr Herrenschmidt et contrôlé par M. Cornil, la nature thyroïdienne de la tumeur est mise tout à fait hors de doute par les accidents qui ont suivi son extirpation.

Plus difficiles d'interprétation sont les phénomènes observés par M. P. Reynier chez sa première malade, après l'opération : ceux-ci ont consisté dans des accidents rappelant plutôt l'hyperthyroïdisation et constituant une sorte de basedowisme passager : exophtalmie prononcée, tachycardie, tremblement, agitation, carphologie, symptômes qui se sont dissipés en quatre ou cinq jours ; ces phénomènes sont d'une interprétation plus obscure ; ils n'en rappellent pas moins un ensemble qui se présente fréquemment dans les affections de la thyroïde; ils semblent donc indiquer que, dans ce cas aussi, l'extirpation de la tumeur avait été suivie d'une perturbation des fonctions thyroïdiennes. Quoi qu'il en soit, les phénomènes de cet ordre doivent être pris en considération quand il s'agit d'établir la nature d'une tumeur du cou, et ils peuvent suffire pour en rattacher l'origine au développement et à l'évolution plus ou moins déviés de l'appareil thyroïdien avant même que l'histologie ne se soit prononcée sur la question.

L'examen histologique d'ailleurs ne peut laisser de doute, et nous ne pouvons accepter l'affirmation de M. Veau lorsqu'il dit que « tout concorde pour rendre incompétent l'histologiste dans

le diagnostic différentiel de l'épithélioma thyroïdien et de l'épithélioma branchial ». Que le doute puisse subsister dans certains cas entre ces tumeurs dont le développement tire son origine de groupes de cellules embryonnaires si voisins, cela n'empêche nullement les tumeurs thyroïdiennes aberrantes d'avoir, le plus souvent, une structure tout à fait caractéristique. Ce n'est pas la matière colloïde constituant des cavités kystiques, matière que l'on rencontre dans un grand nombre de tumeurs du cou de diverse nature, qu'on trouve entre autres dans des endothéliomes et dans les tumeurs mixtes des glandes salivaires, mais c'est la constitution même du tissu de la tumeur formé de l'agglomération d'une infinité de vésicules, toutes parfaitement closes, ne communiquant ni les unes avec les autres, ni avec un conduit excréteur quelconque, variables comme dimensions, mais présentant, pour la plupart, la structure à laquelle on reconnaît les vésicules closes de la thyroïde normale ou altérée.

Dans l'examen qui a été fait de la tumeur que nous avons enlevée, le tissu thyroïdien affectait même trois formes différentes : l'une était constituée par des vésicules tapissées ou par des cellules thyroïdiennes et dont le centre était en dégénérescence colloïde, formant ainsi des cavités kystiques plus ou moins volumineuses ou petites; — la seconde se composait d'acini entièrement remplis par un certain nombre de cellules thyroïdiennes, ne présentant pas de lumière centrale, agglomérés et serrés les uns contre les autres par le réticulum fibro-vasculaire; elle correspond à ce que l'on désigne sous le nom d'adénome thyroïdien; — enfin, par places, la forme sphérique des acini avait disparu, et la pullulation désordonnée des cellules rapprochait les productions de cet ordre des épithéliomes thyroïdiens.

J'ai observé plus d'un cas où cette association entre les formes bénignes et les formes histologiquement malignes de la néoformation thyroïdienne existait. J'ai publié dans nos bulletins un fait de goitre annulaire constricteur qui fut, après l'extirpation, classé parmi les épithéliomes thyroïdiens. L'opérée, que je suivis pendant un temps fort long, car elle fut atteinte d'accès graves de tétanie, de crises épileptiformes, puis de myxœdème, n'eut jamais de récidive, quoique l'extirpation n'eût pas été absolument complète.

Je crois donc que, malgré les apparences de malignité qu'elles présentent par places à l'examen histologique, ces tumeurs, lorsqu'elles sont nettement encapsulées, conservent et présentent, pendant un temps assez long, la marche clinique des tumeurs bénignes.

Quelques mots en terminant sur la voie que nous avons adoptée

pour pratiquer l'extirpation de la tumeur. Le grand développement que celle-ci présentait du côté de la région sus-hyoïdienne nous interdisait de l'attaquer par la voie buccale, la plus généralement adoptée. C'est par la bouche que Parker, Butlin, Collin, Baber, Ilraith, Seldowitsch, Kraske, Schalde, Watson, cités par MM. Gaudier et Curtis, ont pratiqué l'extirpation sans trachéotomie préalable; c'est la même voie qu'ont suivie MM. Gaudier et Teweles dans les observations les plus récentes. Butlin, Lympius, Reintjes ont fait précéder l'opération de l'application de la canule tampon de Trendelenburg. Cette précaution que semble exiger la prudence, constitue une aggravation de l'acte opératoire qui ne paraît pas justifiée par les accidents observés au cours de l'extirpation buccale, dans les cas où la trachéotomie avec tamponnement n'avait pas été pratiquée. On est étonné du saignement relativement peu considérable auquel les opérateurs ont eu affaire, de l'absence d'accidents asphyxiques produits par l'entrée du sang dans les voies aériennes, Le siège médian de la tumeur, la friabilité de son tissu qui permet de l'énucléer sans lésion des parties voisines, permettent d'expliquer cette absence d'accidents. Mais ce morcellement lui-même peut empêcher l'opération d'être complète et favoriser la récidive, ainsi que cela a été observé dans les cas de Parker, de Butlin; d'autre part, l'adhérence de la tumeur aux parties environnantes exigeant de tailler en pleine langue pour avoir la tumeur tout entière, me paraît exposer, plus qu'il n'est prudent de le faire, au danger d'une hémorragie subite se faisant au fond de la bouche, encore que cet accident n'ait pas été observé.

La voie sus-hyoïdienne médiane me paraît plus sûre, sinon plus simple. La section du corps de l'os hyoïde sur la ligne médiane, qu'avaient employée Galish et M. Vallas et à laquelle j'ai eu recours, d'après le conseil de M. Perier, donne un jour suffisant et un accès facile vers la face inférieure du néoplasme; l'écoulement sanguin qui se fait à l'extérieur n'est plus un danger, la section des muqueuses pharyngée et linguale, auxquelles adhère la tumeur, n'étant plus que le dernier temps de l'opération.

Celle-ci laisse, à la vérité, une communication large de la cavité buccale avec l'extérieur; mais cette ouverture, qui sert au drainage de la plaie opératoire, ne tarde pas à se fermer, si on ne peut en obtenir aussitôt l'occlusion par une suture de la muqueuse.

Présentation de radiographie.

Fractures des phalanges des doigts.

M. Potherat. — Messieurs, les fractures des phalanges des doigts ne sont pas rares, celles des phalanges des orteils sont beaucoup plus exceptionnelles. Cela tient à ce que ces petites phalanges échappent plus facilement aux traumatismes; cela tient peut-être aussi à ce qu'elles sont plus difficiles à déceler. Cette difficulté est facilement résolue par la radioscopie et la radiographie. C'est celle-ci qui m'a permis de rendre évidente une fracture de la première phalange du gros orteil droit chez un homme de trente-trois ans, entré il y a un mois dans mon service de l'hôpital Broussais. Cet homme présentait un gonflement énorme; on percevait nettement de la crépitation osseuse, mais celle-ci siégeait au niveau de l'articulation phalango-phalangénienne. En outre, la phalange paraissait élargie à son extrémité antérieure. La radiographie m'a montré que la tubérosité interne de cette extrémité était détachée par un trait oblique reproduisant exactement la fracture isolée d'un condyle du fémur. Le mécanisme de cette fracture me paraît facile à expliquer. Cet homme, qui est employé à l'établissement des voies ferrées des tramways, avait reçu sur le bout du pied un rail d'un poids considérable (500 kil.). La phalange s'est trouvée serrée entre ce rail et la résistance du sol, et la pression tendant à redresser la courbure à concavité inférieure présentée par la phalange, l'un des condyles phalangiens éclata.

En examinant la radiographie, on voit une deuxième fracture ayant porté sur la deuxième phalange à son extrémité unguéale; le trait est semblable à celui de la fracture de la première phalange, mais le fragment détaché représente la partie externe de cette extrémité unguéale; il est en tout semblable au fragment de la première phalange; la seule différence réside dans le côté atteint.

Cette lésion apportait une entrave considérable aux fonctions du pied, et ce n'est qu'au bout de trois semaines que le malade put s'appuyer sur le pied et commencer à marcher.

J'ai cru intéressant de vous communiquer ce fait, quoiqu'il soit petit en lui-même.

Présentation de malade.

Sur un nouveau genre de prothèse appliqué à l'hémirésection de la mâchoire inférieure.

M. PIERRE SEBILEAU. — Chacun connaît de quelle manière sévère l'hémirésection de la mâchoire inférieure altère la plastique de la face et trouble les fonctions de la cavité bucco-pharyngée. Le fragment flottant de l'arc mandibulaire est attiré en dedans. Le menton se dévie, la face devient asymétrique; les arcades ne se correspondent plus, les dents n'articulent pas entre elles, la mastication devient très difficile, la phonation est gênée, toute la statique de la région sus-hyoïdienne est en souffrance.

Aussi a-t-on essayé de remédier par l'application de la prothèse à ces multiples et gros inconvénients d'une opération qui, étant donnée la forme ordinairement assez bénigne d'un certain nombre de néoplasmes de la mâchoire inférieure, joint à l'avantage d'être d'une exécution facile celui d'assurer souvent des guérisons définitives.

Cette prothèse consiste, après cicatrisation complète de la plaie buccale et, si je puis ainsi parler, constitution de l'état définitif du champ d'opération, cette prothèse consiste, dis-je, dans l'application tardive d'un appareil qui remplit l'excavation chirurgicale désormais épidermisée et la comble. C'est là ce qu'on appelle une prothèse définitive. Elle comporte une pièce intrabuccale de construction et d'application difficiles qui doit être portée d'une manière régulière sous peine de rétraction rapide des tissus et d'adduction du fragment flottant mandibulaire, lequel tend obstinément à rentrer dans la bouche. Elle nécessite des soins journaliers; c'est une prothèse amovible. Elle est, d'ailleurs, d'une exécution ordinairement très délicate.

Mais le pire inconvénient de cette prothèse tardive est précisément d'être tardive et, par conséquent, de ne pouvoir être appliquée qu'après une période au cours de laquelle le patient est soumis à un des deux régimes suivants, presque également désagréables pour lui : ou bien, après cicatrisation de la plaie buccale livrée à son évolution naturelle, l'opéré doit subir la réduction tardive des adhérences cicatricielles et des déformations entraînées par celles-ci; ou bien, dès l'opération faite, il doit souffrir les incalculables désagréments de ce qu'on dénomme la prothèse chirurgicale immédiate et provisoire. Ces deux choses demandent une explication.

Quand, après l'hémirésection de la mâchoire inférieure on laisse le champ opératoire guérir par ses propres moyens, le fragment mandibulaire flottant ne tarde pas à être porté en adduction et en rétroposition; il est ensuite plus ou moins fixé par une formation conjonctive qui, sous la muqueuse de la joue et du plancher, constitue des adhérences plus ou moins serrées. Or, c'est ce fragment qu'il faut réduire, ce sont ces adhérences qu'il faut assouplir, c'est ce tissu fibreux rétractile qu'il faut étirer, allonger avant l'application de la prothèse définitive, et on n'arrive à tout cela que par l'usage de divers appareils de redressement et de traction (fronde de Delair, fronde de Frey, cupules estampées de Lemerle) et par la mise en œuvre d'appareils de tassement, sortes de lourdes pièces en étain qui compriment la cicatrice, l'allongent, l'éloignent, se font une sorte de nid dans la bouche et créent ainsi dans cette dernière une excavation suffisante pour contenir l'appareil de prothèse définitive : c'est le procédé de la prothèse tardive sans prothèse immédiate.

Quand, au contraire, après l'hémirésection mandibulaire, pour parer à ces inconvénients qui s'attachent aux appareils réducteurs, on maintient après l'opération la statique de la cavité de la bouche par l'application d'un appareil interfragmentaire, on crée une sorte de prothèse provisoire, de prothèse d'attente : c'est la prothèse immédiate, la prothèse de Martin. Les ennuis et les inconvénients de celle-ci ne se comptent pas. Les deux fragments osseux à l'extrémité desquels est fixée la pièce intermédiaire (caoutchouc, porcelaine, métal) baignent, pour ainsi dire, dans la bouche; ils s'infectent, suppurent, subissent la nécrose parcellaire; des fistules s'ouvrent dans le cou; l'appareil se mobilise, vacille; les écrous, les boulons, les vis se détachent; toute la pièce finit par tomber ou par exiger l'extraction. Et quand, alors, s'opère après la disparition du corps étranger, la formation cicatricielle, quand vient l'heure de la prothèse définitive, ce sont les mêmes déviations, les mêmes adhérences que si on s'en était tenu à l'évolution naturelle de la plaie chirurgicale. On n'a guère fait autre chose que de perdre son temps.

C'est pour remédier à ce mauvais état des choses, par nous constaté sur plusieurs malades, que nous avons imaginé, mon élève et ami Georges Lemerle et moi, de réaliser un procédé nouveau dont je dois dire que nous n'avions pas osé attendre en pratique autant qu'il nous a donné. L'événement a, en effet, réalisé l'évolution schématique et idéale que nous nous étions faite des choses. Voici l'idée : application dans la bouche, du côté sain, avant l'opération, d'un appareil simple destiné à assurer, après l'opération, la fixité de l'arc mandibulaire, à maintenir l'articula-

tion dentaire, à résister en somme à l'adduction et à la rétroposition vers lesquelles s'oriente toujours le fragment flottant (premier temps); réalisation d'une hémirésection (avec conservation de la branche montante) de la mâchoire inférieure suivie d'une suture de la muqueuse capable d'assurer l'indépendance de la cavité buccale et du foyer opératoire et de permettre ainsi par la non infection des extrémités de l'os, la réunion par première intention (second temps); après guérison, réouverture de la plaie, recherche de l'extrémité des deux fragments; application entre eux, par une opération cervicale, extrabuccale, aseptique par conséquent, d'un bloc d'argent établi très exactement sur le modèle de l'os et fixé par boulonnage sur chacun de ces fragments (troisième temps); enfin, après cicatrisation, la continuité de l'arc mandibulaire étant désormais assurée, construction et application dans la cavité buccale d'une pièce de prothèse ordinaire ou d'un bridge-work, l'un et l'autre porteurs de dents (quatrième temps).

Tel était le plan; il est en partie exécuté.

La jeune fille que je vous présente était atteinte d'un sarcome du maxillaire inférieur (côté gauche); ce sarcome, qui bourgeonnait dans la bouche, sur les deux faces de la mâchoire, nécessitait l'hémirésection partielle de l'os depuis l'angle mandibulaire jusqu'au droit de l'incisive latérale.

Avant l'opération, Georges Lemerle construisit pour ma patiente et appliqua sur elle l'appareil que vous voyez encore en place; il consiste simplement en deux gouttières d'argent estampées, polyalvéolaires, polycupuliformes, qui viennent coiffer les dents du côté sain; l'une de ces gouttières engaine l'arcade alvéolaire supérieure, l'autre l'arcade alvéolaire inférieure; elles y sont scellées au ciment. Chacune d'elles porte, sur son rempart externe, un petit crochet. A ce crochet s'attache un caoutchouc; celui-ci est obliquement dirigé de bas en haut et d'avant en arrière.

Une huitaine de jours après l'application de cet appareil fixe, je pratiquai la résection de l'arc mandibulaire gauche. La fibromuqueuse étant envahie, sur les deux faces de l'os, par le néoplasme, il me fut, évidemment, impossible de pratiquer la résection sous-périostée; mais j'arrivai, non sans peine, à suturer la tranche de la muqueuse de la joue à la tranche de la muqueuse du plancher de la bouche. Je refermai la plaie cervicale dans toute son étendue, sans drainage; il ne s'écoula pas une seule goutte de salive les jours suivants et la réunion par première intention se fit tout le long de la section sans le moindre suintement.

Voyez la jeune patiente. Elle est opérée depuis vingt jours; il y a dix jours qu'elle ne porte plus aucun pansement; on peut donc

dire que nous avons réalisé sur elle, avec un minimum de temps et d'ennuis, la résection aseptique de la mâchoire inférieure. Si je dis cela, c'est moins pour faire valoir un résultat technique qui me paraît facile à obtenir et reste à la portée de chacun, que pour faire ressortir la simplicité de ces suites opératoires comparées aux interminables suppurations qui accompagnent nécessairement la prothèse immédiate telle qu'elle est exécutée selon le mode ordinaire.

Et la manière dont l'ingénieux petit appareil de Lemerle assure la statique et la plastique de la bouche et de la face n'est-elle pas admirable? Il n'y a pour ainsi dire pas de déviation du menton; la symétrie faciale est à peine troublée; grâce au petit caoutchouc qui tire en haut, en dehors et en arrière le fragment mandibulaire flottant, il n'y a pas de déviation de ce fragment; les arcades dentaires du côté droit se correspondent et il y a déjà huit jours que ma patiente, opérée depuis vingt, se nourrit, comme ses compagnes d'hôpital, de pain et de viande.

Dans quelque temps, nous réouvrirons la plaie cervicale; nous irons fixer sur chacun des fragments une pièce d'os en argent (passez-moi cette image), et par-dessus elle nous refermerons les téguments. Ce sera là une opération par voie cutanée, extrabuccale, sous-muqueuse, aseptique. Je tiens pour certain qu'elle sera suivie d'un résultat favorable, car nous avons à cette heure, Lemerle et moi, plusieurs preuves expérimentales de la tolérance des os pour les corps étrangers fixés dans leur parenchyme. Alors, nous enlèverons les deux gouttières polycupulaires qui jusqu'alors ont tenu en respect le fragment flottant de la mâchoire.

Et la prothèse ordinaire n'aura plus qu'à accomplir son œuvre de restauration dentaire : construire sur le modèle commun une pièce mobile ou un bridge-work pourvus de prémolaires et de molaires.

La prochaine séance aura lieu le **mercredi 9 janvier 1907**.

A l'issue de cette séance, la Société se réunira en comité secret.

Le Secrétaire annuel,

P. MICHAUX.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

POUR L'ANNÉE 1906

A

B

C

Pages.

Pages.

D

E

F

Pages.

G

H

I

Pages

N

O

P

Pages.

R

S

Pages.

T

U

Pages.

V

TABLE DES AUTEURS

POUR 1906

V

W

Z

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.